POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

NUMER JUBILEUSZOWY.

Przemówienie, wygłoszone przez Prezesa T-wa D-ra J. Czarneckiego na Uroczystem Posiedzeniu z racji X-lecia

w dniu 7-go grudnia 1930 roku.

Miło mi jest powitać Sz. Panów w imieniu Zarządu Towarzystwa i zarazem podziękować Im za tak liczny udział, jaki raczyli wziąć w dzisiejszej naszej uroczystości, w dzisiejszem naszem wielkiem święcie: boć świętem dla każdego z nas jest obchód 10-lecia istnienia naszego Towarzystwa. Wszakżeż to dopiero 10 lat mija od tej chwili, kiedy laryngolodzy polscy uzyskali możność posiadania własnego towarzystwa. Przed wielką wojną jedynie Warszawa i Lwów posiadały odrębne instytucje dla laryngologów, na wszystkich zaś innych ziemiach polskich laryngolodzy mogli należeć w najlepszym razie do towarzystw lekarskich ogólnych. Ale gdy w wyniku Wielkiej Wojny nastąpiło Zmartwychwstanie naszej Ojczyzny, gdy Warszawa znalazła się znów pod jednym dachem z Krakowem i Lwowem, z Poznaniem i Wilnem, należało pomyśleć o utworzeniu T-wa, w któremby znaleźli swe miejsce wszyscy laryngolodzy polscy, zarówno dla dobra nauki polskiej, jak i dla dobra samychże laryngologów. I oto mija 10 lat od chwili, gdy zostało utworzone P.T.O., którego ustawę jako członkowie założyciele podpisali: Feliks Erbrich, Jan Szmurło i ś. p. Ludwik Guranowski. 10 lat w życiu narodu stanowi zapewne krótką jedynie chwilkę, w życiu jednak towarzystwa 10 lat, a zwłaszcza pierwsze 10 lat jego istnienia stanowi już dostateczny okres czasu, który należy poddać krytycznej ocenie, ażeby się przekonać, czy zostało zrobione wszystko, co w danych warunkach wykonanem być mogło, czy towarzystwo kroczy po właściwym torze, czy też były zaniedbania i błędy, i jakie mianowicie, ażeby, poznawszy je, unikać podobnych im w przyszłości i tęm samem zapewnić tem świetniejszy rozwój towarzystwu. Skoro spojrzymy na

pierwsze lata działalności naszego towarzystwa, to musimy przyznać, że drogi jego rozwoju w zaraniu życia nie były różami usłane. Przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt, że towarzystwo w pierwszych już latach swego istnienia poniosło ciężkie straty w swym składzie osobowym: Śmierć nieubłagana przecięła pasmo żywota wielu członków naszego towarzystwa, a wśród nich wielu wybitnych, a raczej najwybitniejszych z pośród nas, takich, którzy stanowili prawdziwą chlubę i ozdobę Towarzystwa. Że słowa te nie są jedynie pustym dźwiękiem, przekonamy się niebawem, skoro uprzytomnimy sobie, kogośmy w tym okresie czasu stracili! I tak, w 1923 roku zmarł w Poznaniu ś. p. Antoni Jurasz, członek honorowy naszego Towarzystwa, b. długoletni profesor Uniwersytetu Heidelbergskiego, następnie Lwowskiego, w którym niejednokrotnie piastował wysokie godności dziekana i rektora, wreszcie już, jako profesor—emeryt, organizator kliniki Poznańskiej. Ś. p. prof. Jurasza z dumą możemy zaliczyć do współtwórców nowoczesnej laryngologji, dają Mu do tego prawo Jego kapitalne prace naukowe, zwłaszcza ogłoszone drukiem w latach 1875 — 1900. O zasługach Jego dla nauki mówić szerzej nie będę, gdyż uczyni to w swym odczycie kol. Lubliner, zaznaczę jedynie, że niemasz prawie działu laryngologji, gdzie nie spotykalibyśmy się z tem, że Jurasz zrobił to, Jurasz tamto, Jurasz owo. To też w historji laryngologji imię Jego stoi w pierwszym rzędzie najznakomitszych laryngologów świata, zajmując i tam wielce poczesne miejsce. Dla nas zaś, dla narodu polskiego, posiada On jeszcze i inne znaczenie. Jako wierny i dobry syn swego narodu, którego dom w Heidelbergu, jako ostoja polskości, szeroko był dla wszystkich rodaków otwarty, należał On do tych wybrańców losu, co w czasie niewoli, gdy wszystkie złe moce sprzysięgły się, ażeby imię Polski wymazać z pośród żywych narodów, jedynie Oni mocą swego genjuszu czy talentu, czy to jako mistrze słowa, czy jako mistrze tonów, czy też jako wielcy w nauce, zadawali kłam powyższem twierdzeniu, wołając wielkim głosem, że Polska nie umarła, ale żyje, skoro tego rodzaju wielkich synów wychować jest w stanie. To też naród polski zachowa imię Prof. Antoniego Jurasza we wdzięcznej pamięci na wieczne czasy, jako imię tego, co w najcięższych czasach niewoli dobrze się zasłużył Ojczyźnie.

Dalej, w 1924 r. zmarł w Warszawie ś. p. Alfred Sokołowski, członek honorowy naszego T-wa i honorowy profesor Wszechnicy Warszawskiej, wielki znawca i badacz gruźlicy, autor wielu prac naukowych, z których zwłaszcza prace o gruźlicy płuc były znane

i cenione w całym świecie, wybitny kinicysta i pedagog, który wykształcił szereg pokoleń lekarskich, którego uczniowie zajmują wśród nas wybitne miejsce. Oszczędny, a raczej nawet skąpy dla siebie samego, nie żałował ciężko zapracowanego grosza na cele naukowe i społeczno-lekarskie, fundując m. in. szereg stypendjów przy W.T.L., a pozatem był to ten, który wobec braku katedry laryngologji na Uniw. Warsz. bezinteresownie uczył nas, studentów 4 i 5-go kursu abecadła laryngoloji na swym oddziale w szpitalu Ś-go Ducha przez długie lata, co nigdy Mu zapomnianem nie będzie. Następnie, w tymże 1924 r. zmarł w Krakowie ś. p. Prof. Franciszek Nowotny, uczeń i godny następca wielkiego Pieniążka, autor cennych prac naukowych, z których zwłaszcza prace nad zwężeniem tchawicy i oskrzeli oraz zastosowanie bronchoskopji przy leczeniu dychawicy oskrzelowej, zrobiły imię Jego głośnem w sferach naukowych. Człowiek wielkiej prawości charakteru i gołębiego serca, pozostawił po sobie szczery żal wśród licznej rzeszy chorych i wśród kolegów, którzy darzyli Go szacunkiem i gorącą sympatją.

Dalej, w 1925 r. zmarł w Warszawie ś. p. Zdzisław Dmochowski, długoletni prosektor Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie profesor Anatomji patologicznej na Uniwersytecie Lwowskim, autor kapitalnych prac z tej dziedziny, że wspomnę tylko o Anatomji Patologicznej klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz wartościowych prac z dziedziny zatok nosowych i migdałków; założyciel pierwszego w kraju zakładu laryngologicznego, który za Jego czasów cieszył się niezwykłem powodzeniem; człowiek wielkiej szlachetności i prawości, któremu zawdzięcza swe powstanie Warszawskie Towarzystwo Naukowe. Jego to bowiem myśl i inicjatywę zrealizował Jego wdzięczny pacjent i przyjaciel Hr. Józef Potocki z Antonin, uzyskując dzięki swym stosunkom zalegalizowanie towarzystwa, a następnie zaopatrując je w odpowiedni gmach i poważny, jak w owe czasy, kapitał. Jakie to miało znaczenie wobec braku wyższych uczelni polskich w kraju, nie trzeba dowodzić. Niewiele osób o tej roli zmarłego wiedziało, a dziś może już i nikt o tem nie pamięta, uważałem więc za słuszne o tym Jego czynie przypomnieć.

W tymże 1925 r. zmarł w Warszawie ś. p. Teodor Heryng, członek honorowy Towarzystwa i honorowy profesor Wszechnicy Warszawskiej, człowiek o wielkich zdolnościach i błyskotliwej inteligencji, autor wielu poważnych dzieł naukowych, z których praca „o chirurgicznem leczeniu gruźlicy krtani“ zrobiła wielki rumor

w całym świecie, aczkolwiek dalsze badania nie potwierdziły jego wyników, wielki znawca fizyki, a dzięki temu twórca wielu doskonałych przyrządów i instrumentów lekarskich, że przypomnę lampę do badań laryngologicznych, udoskonaloną lampę do diaphanoskopji, szereg pomysłowych instrumentów do operacji wewnątrz krtaniowych i znakomite przyrządy inhalacyjne; pozatem był to doskonały znawca języków obcych i świetny mówca, to też godnie reprezentował Polskę na międzynarodowych kongresach i naukowych zjazdach.

Dalej, w 1926 r. zmarł w Warszawie ś. p. Ludwik Guranowski, członek honorowy Towarzystwa, wybitny otiatra, autor poważnych prac naukowych z tej dziedziny, połyżył wielkie zasługi na polu wydawnictw lekarskich. Był on twórcą i pierwszym redaktorem naszego organu „Pol. Prz. O.", który dzięki swej znajomości rzeczy postawił odrazu na wysokim poziomie. Ewangelicznej skromności i prostoty, a benedyktyńskiej pracowitości, obdarzony przedziwną pogodą ducha, która bywa udziałem jedynie wybranych, pozostawił szczery i wielki żal wśród nas wszystkich i, chociaż powiadają, że niema ludzi niezastąpionych, to pomimo że 5-ty rok idzie od dnia Jego śmierci, miejsce Jego nie jest zajęte, wakuje w dalszym ciągu.

W r. b. zmarł w Poznaniu ś. p. Tadeusz Dembiński, założyciel i prezes sekcji Poznańsko-Pomorskiej naszego Towarzystwa, pionier Laryngologji i na terenie Wielkopolski, wybitny działacz nietylko w organizacjach lekarskich, ale i społecznych i narodowych, dla których położył wielkie zasługi; to też śmierć Jego okryła żałobą szerokie koła ludności Wielkopolski.

W 1921 zmarł w Warszawie ś. p. Jan Zięciakiewicz, znawca chorób krtani, zwłaszcza u śpiewaków, wśród których cieszył się wielkiem zaufaniem i poważaniem.

W 1922 r. zmarł na wsi w Lubelskiem ś. p. Antoni Kuczyński, długoletni popularny asystent przy katedrze fizjologji za czasów znakomitego fizjologa ś. p. prof. Nawrockiego, wybitny otiatra—praktyk, człowiek wielkiej prawości i szlachetności, pozostawił szczery żal wśród licznych swych chorych i kolegów.

W tymże 1922 r. zmarł we Lwowie ś. p. D-r Trzciniecki w wieku lat 60, jeden z pierwszych otiatorów, vice-prezes Tow. Otolar. i długoletni dyrektor Polikliniki Lwowskiej.

W tym że 22 r. zmarł w Poznaniu ś. p. Tadeusz Bolewski, autor wielu prac z dziedziny otiatrji, cieszący się powszechnem uznaniem i poważaniem wśród kolegów.

W 1924 r. zmarł we Lwowie ś. p. Orest Litwinowicz, uczeń znakomitego Jurasza, człowiek o wielkich aspiracjach, realizacji których nie dopuściła jednak nieuleczalna choroba płucna, człowiek wielkiego serca i charakteru, cieszył się wielkim szacunkiem i sympatją kolegów i miłością całej rzeszy chorych, którzy widzieli w nim nietylko doskonałego lekarza, ale i współczującego całem sercem przyjaciela.

W 1925 r. zmarł w Warszawie b. p. Leon Rappaport, pilnie uczęszczający na nasze zebrania, często zabierający głos w obradach, przyczyniając się w ten sposób do ożywienia dyskusji.

W tymże 1925 r. zmarł we Lwowie b. p. Bernard Kretz, ordynujący we Lwowie i Szczawnicy.

W 1927 r. zmarł w Wilnie b. p. Grzegorz Romm, specjalista chorób nosa, gardła, uszu i oczu, gruntownie wykształcony na klinikach niemieckich, cieszył się wielkiem poważaniem, wśród chorych i kolegów.

W tymże 1927 r. zmarł w Radomiu ś. p. Józef Kossak, pionier laryngologji na prowincji, prezes Tow. lekarskiego Radomskiego, zmarł przedwcześnie w 50 r. życia, pozostawił szczery żal wśród ogółu kolegów.

W Łodzi zmarł w 1927 r. Aleksander Poznański w wieku lat 64, jeden z pierwszych laryngologów łódzkich, człowiek wielkiej prawości i szlachetności.

W 1928 r. zmarł we Lwowie b. p. Jakób Reinhold, jeden z pierwszych oto-laryngologów lwowskich, prymarjusz szpitala żydowskiego i v.-prezes Lwow. Tow. Oto-laryngologicznego.

W Łodzi zmarł w 1928 r. Bolesław Kon w 42 r. życia, stargany chorobą serca jakiej nabawił się podczas wojny, wielce skromny, a dobry lekarz i kolega.

Proszę Panów o uczczenie pamięci zmarłych kolegów przez powstanie.

Z tej długiej listy zmarłych członków naszego Towarzystwa, których pamięci przed chwilą hołd nasz oddaliśmy, widzimy, jak wielką stratę poniosło Towarzystwo wskutek ich śmierci, niejednokrotnie o wiele przedwczesnej. Ale żaden z nich nie odszedł od nas dobrowolnie. Wszystkich wyrwała z naszych szeregów nieubłagana śmierć, owa nieunikniona vis major, wobec której stajemy bezradni, stajemy z rezygnacją, chociażby i z największym żalem.

Nie do tej jednak kategorji zjawisk należy smutny fakt, jaki zaszedł na terenie stolicy w 2-im roku istnienia Towarzystwa.

Fakt to smutny, mówić o nim będą z wielkim żalem jedynie, ażeby dać świadectwo prawdzie, wobec bowiem trudno zrozumiałych następstw tego zajścia mogłaby powstać w przyszłości jakoś fałszywa legenda, rzucająca krzywdzący cień na postępowanie ówczesnego Prezydjum Towarzystwa. Idzie o to, że w początkach 1922 roku przed posiedzeniem I-go zjazdu jeden ze starszych kolegów obraził kierownika kliniki Warszawskiej, pełniącego podówczas obowiązki prezesa Towarzystwa, odmawiając podania mu ręki. Zajście to nie miało, jak wyjaśnił obrażający, żadnego związku ani z działalnością Towarzystwa, ani z jego pracami, ani z jego życiem, nadawało się więc wyłącznie do załatwienia na drodze Sądu honorowego, czy też koleżeńskiego. Niestety, kierownik kliniki Warszawskiej nie uznał tej drogi dla siebie za odpowiednią i, zamiast zażądać zadośćuczynienia od obrażającego go kolegi, zażądał jej od Towarzystwa. Prezydjum Towarzystwa wykazało w tej sprawie maximum dobrej woli, nie odrzuciło bowiem tego żądania a limine, ale zwołało posiedzenie ogólne, które przez 2 kolejne wieczory omawiało tę sprawę, starając się znaleść jakieś kompromisowe wyjście, możliwe do przyjęcia dla wszystkich.

Niestety, takiego nie znalazło, bo i znaleść nie mogło. Gdyby bowiem Towarzystwo zajęło nasze stanowisko, t. j. gdyby bez możności rozpoznania meritum sprawy, zastosowało jakieś rygory w stosunku do obrażającego, dałoby tem dowód, że posiada w swem gronie 2 kategorje członków: uprzywilejowanych i upośledzonych. Jawnem jest, że byłoby to początkiem końca Towarzystwa. Siła bowiem naszego Towarzystwa polega na tem, że prawa wszystkich jego członków są jednakowe, a to bez względu na wiek, bez względu na zasługi naukowe czy społeczne, bez względu na sprawowane urzędy i piastowane godności. Nie wynika z tego, ażeby na naszym terenie nie było poszanowania dla starszych i ich zasług, ażebyśmy, moralny autorytet lekce sobie ważyli. Nic podobnego! Zarówno przed starszym, jak i przed prawdziwą zasługą każdy z nas chętnie chyli głowę i żadne nieporozumienie na tem tle nie miało u nas miejsca i nigdy go zapewne mieć nie będzie. A gdyby nawet jakieś nieporozumienie się zdarzyło, to prezydjum Towarzystwa znajdzie w sobie zawsze dość siły moralnej, ażeby tego rodzaju zajście w zarodku zlikwidować. Ale, jeżeli mówimy, że prawa wszystkich nas są jednakowe, to nie są takiemi nasze względem Towarzystwa obowiązki. Te są tem większe, im wyżej ktoś w hierarchji społecznej jest postawiony, a to w myśl słusznej zasady, że im więcej komu dano, tem

więcej i od niego wymagać ma się prawo, a więc jak w danym razie, mieliśmy prawo się spodziewać nietylko większej wiedzy i doświadczenia, ale też i wyższego etycznego poziomu. Niestety, spotkał nas srogi zawód: kierownik kliniki W. nie uznał stanowiska naszego za słuszne, przeciwnie, obraził się na Towarzystwo, wykreślił się z listy członków, wymówił Towarzystwu dach nad głową, a wszyscy pracownicy jego kliniki, jakby na dany znak, zbojkotowali Towarzystwo, nie biorąc w jego pracach żadnego udziału. Słowem, na terenie Warszawy wróciliśmy do tych smutnych czasów przedwojennych, kiedy kliniki uniwersyteckie z lekarskiem naszem życiem nie miały nic wspólnego, stanowiąc swój świat odrębny. Ale to były kliniki obce! Że tego rodzaju postawienie sprawy pociągnęło za sobą ujemne skutki dla wszystkich, jest rzeczą oczywistą. Z jednej strony, Towarzystwo zostało pozbawione współpracy części swych członków, i to tych, co stoją przy głównym warsztacie naszej pracy, że tak powiem przy głównym ołtarzu, a zarazem zostało pozbawione możności korzystania z tego wielkiego materjału, jakim rozporządza klinika stołeczna; z drugiej zaś strony, współpracownicy kliniki zostali pozbawieni możności wymiany zdań na szerszym terenie, a przecież w sekcji Warszawskiej nie brak ludzi o dużej wiedzy i dużem własnem doświadczeniu. Zdając sobie sprawę ze szkodliwych skutków takiego stanu rzeczy, prezydjum Towarzystwa korzystało skwapliwie z każdej nadarzającej się sposobności w celu zlikwidowania konfliktu. Próby tego rodzaju były czynione przez kol. Pieniążka, Prof. Zalewskiego, kol. Lublinera i przeze mnie. Nie zostały one jednak właściwie zrozumiane i ocenione. Za każdym razem potraktowano je w sposób niezbyt lojalny, narażając występujących w imię obywatelskiego obowiązku na osobiste przykrości. To też, nie chcąc narażać na szwank godności Towarzystwa, w ostatnich latach dalsze próby tego rodzaju, jako bezcelowe, zostały zaniechane, a cała sprawa pozostawiona czasowi, który jest najlepszym lekarzem na wszelkie nieporozumienia i życiowe konflikty.

Pozbawione dachu nad głową Towarzystwo nie znalazło się jednak na bruku, znalazło Ono sobie inny przytułek, wprawdzie skromny, ale dla obecnych potrzeb wystarczający i poszło dalej swą prostą drogą. Organizacja Towarzystwa była o tyle ułatwioną, że w Warszawie i Lwowie istniały już od dłuższego czasu instytucje laryngologiczne. Na wiele lat przed wojną, gdyż od 1889 r. istniała w Warszawie sekcja laryngologiczna przy W. T. L., a od 1912 r. i Warszawskie Tow. Oto-laryngologiczne. Obie te instytucje praco-

wały b. wydajnie, w czem niema nic dziwnego, skoro zważymy, że pracowali w nich, że wspomnę tylko nieżyjących, ludzie tej miary, co Władysław Wróblewski, Teoder Heiman, Alfred Sokołowski, Teodor Heryng, Zdzisław Dmochowski, Ludwik Guranowski i inni. Z chwilą zawiązania Pol. Tow. Otolar. członkowie obu instytucyj wstąpili gremjalnie do niego, wybrano prowizoryczny zarząd, który zwrócił się do wszystkich laryngologów polskich z wezwaniem do zapisywania się na członków T-wa. Już w pierwszym roku swego istnienia Tow. liczyło 43 członków z Warszawy i 22 zamiejscowych. Za główny cel swej działalności postawiono sobie przedewszystkiem zawiązanie oddzielnych sekcyj Towarzystwa we wszystkich większych skupieniach laryngologów, a więc we Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Wilnie i Łodzi, sekcja warszawska bowiem była już odrazu otworzona. Pierwszy, jak zwykle, odezwał się Lwów, gdzie już od 1909 r. było Tow. Laryngologiczne, założone przez prof. Jurasza. Wojna zdekompletowała Towarzystwo, to też przez cały czas wojny działalność jego została przerwana. Wznowienie nastąpiło w 1921 r. z inicjatywy prof. Zalewskiego, który został wybrany na prezesa Towarzystwa. W 1923 r. członkowie Towarzystwa gremjalnie zapisali się do Pol. Tow. Oto-Lar., tworząc w niem sekcję Lwowską. Prezesem sekcji bywa stale obierany prof. Zalewski. Sekcja liczyła narazie 12 członków, obecnie ma ich 20. W czerwcu 1924 r. zawiązaną została za staraniem prof. Szmurły sekcja Wileńska. Liczyła ona narazie 9 członków, obecnie ma ich 14. Prezesem sekcji od chwili jej powstania jest prof. Szmurło. W listopadzie tegoż 1924 r. została zawiązana sekcja Łódzka, stała się to z inicjatywy kol. Pieniążka. Sekcja liczyła 16 członków i tyleż ma i obecnie. Do 1928 r. prezesem sekcji był kol. Rabinowicz, od tegoż roku jest nim kol. Helman.

W 1926 r. z inicjatywy D-ra Dembińskiego zawiązaną została sekcja Pomorska-Poznańska, liczyła przy założeniu 13 członków, obecnie liczy ich 19. Prezesem sekcji do 1930 r., czyli do śmierci był D-r Dembiński, obecnie jest nim prof. Laskiewicz.

Wreszcie w styczniu 1928 r., po usilnych staraniach kol. Schwarzbarta, zawiązaną została sekcja Krakowska. Liczyła ona narazie 11 członków, dziś ma ich 16. Prezesem sekcji jest kol. Strzemiński. Wszystkie nasze sekcje pracują bardzo wydajnie, o czem mamy dokładne wiadomości w P. P. O., jedynie sekcja Krakowska ze względu na tamtejsze niezdrowe stosunki nie może się swą pracą poszczycić. A przecież ma ona znakomite warunki życia i świetne tradycje w rozwoju laryngologji polskiej, mając zaś na względzie bliskość Ślązka,

z którym powinnaby utworzyć wspólną sekcję, można się spodziewać, że w przyszłości i tam zakwitnie praca dla wspólnego dobra. Dążąc do rozwoju rodzimej nauki i podniesienia poziomu wiedzy swych członków, Towarzystwo urządziło szereg naukowych zjazdów, odbywanych z początku corocznie, a następnie co 2 lata: zjazdów tych było 6, ostatni w Wilnie w 1929 r. Na zjazdach tych w wyczerpujących referatach, opracowanych przez najwybitniejszych naszych prelegentów, zostały rozważone najważniejsze działy naszej nauki, że wzpomnę gruźlicę krtani i ucha, twardziel, ozenę, ropnie mózgowe, powikłania wewnątrzczaszkowe przy schorzeniach zatok nosowych i t. d. Dzięki temu jedni mogli uzupełnić swą wiedzę, inni poddać rewizji swe poglądy, a nikt zapewne nie został bez korzyści.

W 1928 r. Towarzystwo urządziło zbiorową wycieczkę do Kopenhagi na I międzynarodowy zjazd Oto Laryngologiczny, przyczem dzięki uzyskanym ułatwieniem grupa polska była najliczniejsza ze wszystkich słowiańskich. Poraz pierwszy wzięli udział w Komitecie do spraw zjazdów międzynarodowych nasi delegaci, na których walne zebranie 1928 r. wybrało kol. Lublinera i prof. Szmurłę. W r. b. powstały międzynarodowe Komitety: do walki z twardzielą i do badań nad ozeną Zarząd Towarzystwa w porozumieniu z prezydjum sekcji odpowiednio utworzył Komitety polskie, podlegające zatwierdzeniu dzisiejszego walnego zebrania. Przewodniczącym Komitetu do walki z twardzielą został wybrany prof. Zalewski, do badań nad ozeną prof. Laskiewicz.

Już na pierwszych posiedzeniach prowizorycznego Zarządu Towarzystwa ś. p. dr. Guranowski zwracał się z gorącym apelem o zorganizowanie własnego organu, w którymby Laryngolodzy polscy mogli zamieszczać swe prace, pozbawieni bowiem własnego pisma musieli z konieczności szukać gościny albo u prasy ogólnolekarskiej, albo też fachowej, ale zagranicznej. Że tego rodzaju stan rzeczy nie mógł się przyczyniać do rozwoju rodzimego piśmiennictwa, jest rzeczą oczywistą. Nie było to rzeczą łatwą, zwłaszcza, że brak środków i ciągły spadek waluty uniemożliwiał wszelkie poczynania. Dzięki staraniom prof. Szmurły, któremu udało się szczęśliwie zdobyć większą ilość papieru, wydawanie pisma przybrało realne kształty. I oto już w grudniu 1923 roku ukazał się pierwszy zeszyt pisma, które nosi nazwę „Pol. Prz. Otolaryng.". Ś. p. dr. Guranowski oddał na usługi „Przeglądu" całe Swe doświadczenie i znajomość rzeczy, zdobytą w ciągu długoletniej pracy na polu wydawnictw lekarskich, to też postawił pismo odrazu na wysokim stopniu, godząc doskonale interesy zarówno autorów, jak i czytelników. W 1926 roku, na parę tygodni przed Swą śmiercią, wobec ciężkich warunków wydawniczych

w Warszawie (z powodu ciągłych strajków zecerskich), ś. p. Guranowski z żalem zrezygnował z Swego stanowiska, redaktorem został wybrany pr. Szmurło i wydawnictwo zostało przeniesione do Wilna.

Pod zasłużoną redakcją prof. Szmurły pismo rozwijało się w dalszym ciągu, tak, że obecnie nie ustępuje w niczem najlepszym tego rodzaju wydawnictwom zagranicznym, rozporządzającym dużemi środkami i wieloletniem doświadczeniem.

Pismo zasilają swemi pracami w pierwszym rzędzie kliniki uniwersyteckie, jako do tego najbardziej powołane, następnie oddziały szpitalne, niestety, bardzo jeszcze nieliczne w kraju, jak również i ci koledzy, którzy, nie mając własnych warsztatów pracy, pisali jednak poważne prace i to nietylko z kazuistyki, ale i z dziedziny czystej teorji, co należy podkreślić ze szczególnem uznaniem. Co się tyczy klinik uniwersyteckich, to wysunęły się na czoło prace klinik Lwowskiej, Poznańskiej i Wileńskiej, z których prace ogłaszane były nietylko w naszym organie, ale i w prasie ogólno-lekarskiej i specjalnej zagranicznej. O pracach kliniki Krakowskiej i Warszawskiej, niestety, niewiele można powiedzieć. Należy jednak podkreślić, że praca klinik Lwowskiej, Poznańskiej i Wileńskiej odbywa się dzięki ofiarności ich kierowników i asystentów, uposażenie bowiem pracowni naukowych jest u nas tak minimalne, że nie wystarcza nawet na najniezbędniejsze potrzeby, z drugiej zaś strony społeczeństwo nie ma prawa nadużywać ich ofiarności. Wszystkie towarzystwa naukowe winnyby w tym celu się zjednoczyć i wystąpić z odpowiednim wnioskiem do władz ustawodawczych i wykonawczych, inaczej, gdyby taki stan się przedłużał, może nam grozić zanik elity intelektualnej, bez której w dzisiejszych czasach już żaden wolny zawód się nie ostoi, a której z dnia na dzień przy użyciu największych nawet środków przygotować się nie da: potrzeba tu wieloletniej ciągłej pracy.

Oto bilans naszej 10-letniej działalności, dokładny to rachunek strat i zysków; widzimy z niego, że czasu nie zmarnowaliśmy, że wiele zostało zrobione: we wszystkich większych naszych miastach mamy stworzone warsztaty pracy, mamy własny organ, w którym wyniki swej pracy uwieczniać możemy, mamy stworzony kontakt z zagranicą, który postaramy się pogłębić, przyjmując do swego grona, jako członków honorowych, szereg najpoważniejszych laryngologów świata, z wiarą więc i otuchą możemy patrzeć w przyszłość. Proszę Panów, niwa nasza została dobrze uprawiona, dorodne ziarno zostało w nią rzucone, mamy więc pełne prawo się spodziewać, że ci z nas, którym dane będzie za lat 15 święcić 25-cio letni jubileusz pracy Towarzystwa, będą się mogli poszczycić plonami dokonanego przez nas zasiewu.

Od Tuercka i Czermaka do naszych czasów.
(75 lat laryngo-i rynoskopji). *)

Podał: Z. SREBRNY (Warszawa).

Dnia 17-go marca roku 1925 w lokalu Królewskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej i Chirurgji w Londynie odbywała się niezwykła uroczystość: na ukwieconej estradzie zajął miejsce starzec, na którego osobie skupiały się spojrzenia licznych tej uroczystości uczestników. A byli między nimi przedstawiciele trzech monarchów: króla Wielkiej Brytanji, króla Hiszpanji i cesarza Niemiec, delegaci akademij i uniwersytetów, towarzystw laryngologicznych, akademij muzycznych i instytutów śpiewaczych, liczni przedstawiciele świata sztuki — muzyki i śpiewu — oraz reprezentanci nauk lekarskich. Ten, któremu wtenczas tak niezwykłe oddawano honory, ten udekorowany krzyżem komandorskim angielskiego orderu Wiktorji, hiszpańskim orderem Alfonsa XII oraz niemieckim wielkim medalem złotym za zasługi na polu sztuki i nauki, ten mąż, o którym Bernard Fraenkel w przemówieniu swem wyraził się, że dnia tego kończy on pierwsze stulecie swej nieśmiertelności, mąż ten, obdarowany adresami i dyplomami, śród których nie brakowało i adresu od Waszawskiego T-wa Oto-Laryngologicznego, mąż ten zwał się Manuel Garcia, był niegdyś nauczycielem spiewu, hiszpanem, od lat wielu zamieszkałym w Londynie, a tytuł do tych honorów stanowiły dwa jego jubileusze: setna rocznica urodzin i dzieląca ją tylko o dni pięć — pięćdziesiąta rocznica wiekopomnego jego wynalazku, lusterka krtaniowego. Albowiem dwudziestego drugiego marca roku 1855 Garcia przedstawił Królewskiemu T-wu Londyńskiemu wyniki swoich badań wraz z opisem laryngoskopu w pracy pod tytułem: Physiological Observations on the Human Voice.

Sprawiedliwość przyznać każe, że już przed Garcią robione były próby udostępnienia krtani oku, ale Garcia, jako nielekarz, o nich nie wiedział, a zresztą, wszystkie one kończyły się niepowodzeniem. Jest więc rzeczą, ponad wszelką wątpliwość ustaloną, że pierwszym, który istotnie widział krtań w całości, był Manuel Garcia, a więc i laryngoskopja datuje od dnia 22 marca roku 1855, to jest od dnia złożenia przez niego wspomnianej rozprawy, czyli, że w roku bieżącym świętujemy istotnie 75 rocznicę wynalezienia lusterka krta-

*) Wygłoszone na uroczystem posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego dn. 7.XII. 1930 r.

niowego. A jak długo prawo Garcii do tytułu „ojca laryngoskopji" było kwestjonowane, tego dowodzi artykuł polemiczny Semona, który jeszcze w roku 1906, a więc w rok po uroczystościach londyńskich, z właściwym sobie temperamentem i żelazną logiką zmuszony był zbijać argumenty profesora prawa Köhlera, który, wyjaśniając ze stanowiska prawnika pojęcie „wynalazek", usiłował pozbawić Garcię tak słusznie mu należnego zaszczytu.

A oto, jak sam Garcia opisuje w drugim tomie sprawozdań z Międzynarodowego Zjazdu Lekarskiego, odbytego w Londynie w roku 1881 urzeczywistnienie swojej idei. „Pewnego dnia wrześniowego, roku 1854 wędrowałem naokół paryskiego Palais Royal, dręczony ciągle pragnieniem, często uważanem przeze mnie za niewykonalne, a jednak natarczywie powracającem, pragnieniem widzenia szpary głosowej podczas śpiewu, gdy nagle ujrzałem obydwa lusterka laryngoskopu tak wyraźnie, jak gdyby oczy moje istotnie je widziały. Pospieszyłem natychmiast do Charrièrea, fabrykanta narzędzi chirurgicznych, i na pytanie, czy nie posiada przypadkiem małego lusterka na długim trzonku, otrzymałem odpowiedź, że ma małe lusterko dentystyczne, które w roku 1851 na wystawie londyńskiej uznane zostało za nienadające się do użytku. Kupiłem je za 6 franków. Nabywszy jeszcze po drodze lustro ręczne, powróciłem spiesznie do domu w niecierpliwem oczekiwaniu rozpoczęcia doświadczeń. Przytknąłem do mego języczka małe lusterko, ogrzane w gorącej wodzie i starannie osuszone, i skoncentrowałem na niem promień słońca za pomocą lustra ręcznego. Ku mej wielkiej radości odrazu ujrzałem szparę głosową szeroko otwartą i to tak wyraźnie, że widoczna była część tchawicy".

To pierwsze udane doświadczenie posłużyło w dalszym ciągu do badań nad głosem ludzkim, które Garcia we wspomnianej wyżej pracy uwiecznił.

Jeżeli więc podtytuł mojego odczytu brzmi: 75 lat laryngo- i rynoskopji, to co do pierwszej żadnych wątpliwości nie dopuszczam. Co do 75-lecia rynoskopji, to przyznaję się do popełnienia małej nieścisłości: rynoskopja nie powstała jednocześnie z laryngoskopją, ostatnia dała tylko impuls do powstania pierwszej. Ale o tem później.

Rozprawa Garcii, złożona Król. Tow. Lond., jak również jej przekład na język francuski dziwnym trafem nie zwróciły na siebie uwagi świata lekarskiego, i dopiero w roku 1857 prymarjusz wiedeńskiego szpitala powszechnego, dr. Tuerck, nie wiedząc, jak pisze,

o swoich poprzednikach, wpadł na myśl zastosowania małego lusterka do badania chorych krtaniowych. A kiedy jednego z nich pokazał profesorowi fizjologji Ludwigowi, dowiedział się od niego, że ma już poprzednika w osobie Garcii. Gdy jednak ten miał na celu badania fizjologiczne, Tuerck zamierzał przy pomocy laryngoskopu badać stany patologiczne krtani.

W badaniach tych atoli wielką przeszkodę stanowił częsty brak światła słonecznego, osobliwie w zimie, brak, który zmusił Tuercka do zaniechania rozpoczętej pracy. Podjął ją na nowo Czermak, naonczas profesor fizjologji w Krakowie, który, pożyczywszy sobie od Tuercka jego lusterka, zaczął pierwszy posługiwać się światłem sztucznem, odbitem za pomocą lustra wklęsłego. Zrozumiawszy wielką doniosłość laryngoskopu dla badań naukowych i praktyki lekarskiej, z czego Tuerck sprawy sobie nie zdawał, przedsiębrał Czermak od roku 1858 liczne podróże po Niemczech, Francji i Anglji, popularyzując nową metodę badania, szerząc o niej wszędzie wiadomości i zjednywając sobie wielu uczniów.

Teraz rozpoczął się lat kilka trwający spór o pierwszeństwo pomiędzy obu uczonymi, spór, który do pewnego stopnia rozstrzygnęła w roku 1860 Paryska Akademja Nauk, dzieląc nagrodę Montyona w równych częściach pomiędzy Tuercka i Czermaka. Dziś musimy uznać, że pierwszym, który rozpoczął systematyczne badania laryngoskopowe na chorych ludziach, był Tuerck, zaś, który laryngoskopji klinicznej dał trwałe podwaliny, był Czermak.

Ale Czermak w nauce naszej ma jeszcze inną zasługę, która już bezspornie i niepodzielnie jemu się należy. Jest to zastosowanie lusterka do badania jamy nosowo-gardłowej, o którem już wspomina w roku 1858, a opisuje dokładnie w roku następnym i dla którego wprowadził nazwę „rhinoscopia". Czermak także pierwszy zastosował hak podniebienny (który przeto niesłusznie nazywamy hakiem Voltoliniego) i mówi pierwszy o znieczulaniu podniebienia miękkiego i gardzieli za pomocą bromku potasu, na które zwrócono mu uwagę w Paryżu w roku 1860, oraz o znieczulaniu miejscowem mieszaniną chloroformu i eteru, o czem już w roku 1858 wspomina. Jako mało znany szczegół podnoszę, że w drugiem wydaniu swojego dziełka: Der Kehlkopfspiegel Czermak opisuje przypadek 18 letniego studenta, u którego już w roku 1860, a więc na 8 lat przed Wilhelmem Mayerem, widział w jamie nosowo-gardłowej guzy o wyglądzie grzebienia koguciego, czyli innemi słowami poraz pierwszy u żywego człowieka stwierdził okiem wyrośle adenoidalne.

Jeżeli, jak wspomniałem, mamy w tym roku prawo mówić o 75-leciu laryngoskopji, to co do rynoskopji dopuściłem się małej niedokładności, jej 75 lecie bowiem dopiero na rok 1933 przypada.

Kontynuatorami dzieła Tuercka i Czermaka byli bardzo w nauce naszej zasłużeni: Leopold von Schroetter, asystent Skody, Stoerk, asystent Tuercka, Schnitzler i Semeleder, asystent chirurga Dumreichera. Semelederowi należy się zasługa pierwszej demonstracji publicznej na posiedzeniu wiedeńskiego towarz. lekarsk. w maju roku 1858 zastosowania lusterka krtaniowego u chorej z guzem nasady języka, Ciekawe szczegóły z życia Semeledera ogłosił niedawno prof. Lach, z braku czasu muszę je jednak pominąć.

W Niemczech rozpowszechniali stosowanie lusterka krtaniowego Lewin, Tobold, Gerhardt, Voltolini, szczególnie zasłużony w pracach nad faryngo- i rynoskopją oraz nad stosowaniem galwanokaustyki w ryno-laryngologji: we Francji — Mandl, Fournier, Moura-Bourouillou, Fauvel, Bataille, w Anglji—Yearsley, Gibb, Morel Mackenzie, Windsor, w Rosji—Rauchfuss, w Ameryce—Elsberg.

Powoli udoskonalano technikę badania: już Tuerck, a po nim Weil, później Hirschberg, wreszcie Bruenings obmyślili swoje aparaty i lustra do powiększania obrazów laryngoskopowych, Oertel wprowadził stroboskopję krtani, Jurasz, a w kilka lat po nim Reichert podali swoje szpatle do unoszenia pochyłej nagłośni. W nowszych czasach v. Eicken podał swoją metodę badania krtaniowej części gardzieli—hypopharyngoscopię, a Gerber wprowadził badanie dolnej powierzchni strun prawdziwych zapomocą dwóch lusterek: jednego zwykłego i drugiego, wprowadzonego do przestrzeni podgłośniowej. Wspomnieć też należy o prześwietlaniu krtani zapomocą lampki elektrycznej, przyłożonej do okolicy krtani (Voltolini). Wogóle zaś wprowadzenie do użycia powszechnego światła elektrycznego przyczyniło się bardzo do udoskonalenia badania laryngoskopowego.

W roku 1861 Viktor von Bruns ugruntował chirurgję wewnątrzkrtaniową, usunąwszy endolaryngealnie pierwszego polipa krtaniowego u własnego brata, a w roku 1865 tenże sam Viktor von Bruns wydał już swoje klasyczne dzieło: Die Laryngoskopie und die Laryngoskopische Chirurgie.

Jeżeli ta pierwsza w zupełności udana operacja wewnątrzkrtaniowa stanowiła wielki sukces leczniczy laryngoskopji, to nie mniejsze, a może nawet większe wrażenie w dziedzinie djagnostyki zrobiło dokonane w roku 1860 przez Traubego wczesne rozpoznanie tętniaka aorty na zasadzie stwierdzonego przezeń porażenia lewej połowy

krtani. Niemniej przyczynił się laryngoskop już w zaraniu swego istnienia do wczesnego rozpoznawania gruźlicy na mocy pewnych zmian na tylnej ścianie krtani, jak również i nieprawidłowości jej ukrwienia. Dalej zawdzięczamy laryngoskopji pierwsze spostrzeżenie twardzieli krtani przez Stoerka, mylnie zresztą traktowane przez niego jako nowa jednostka chorobowa pod nazwą Blennorrhoea. Massei pozostawił nam opis pierwotnej róży krtani, Senator—ostrej ropówki septycznej gardzieli (phlegmone septicum pharyngis), autorzy francuscy — zgorzelinowej ropówki krtani (phlegmon nécrotique du larynx), sprawy, która, nawiasem mówiąc, posłużyła Heryngowi za temat do rozprawy na stopień doktora medycyny uniwersytetu paryskiego. Znajomość zapalenia krtani suchego, opisanego przez Mourea, oraz krwotocznego, wyodrębnionego przez Semeledera, potem przez Struebinga, zawdzięczamy również laryngoskopji.

W roku 1870 powstała już pierwsza klinika laryngologiczna. Dyrektorem jej został mianowany Leopold von Schroetter w Wiedniu, któremu należy się zasługa wprowadzenia systematycznego rozszerzania krtani zapomocą rur kauczukowych i czopów cynowych w zwężeniach przewlekłych, gdy w zwężeniach ostrych pochodzenia zapalnego wyrobiła sobie popularność metoda O'Dwyera, po niepowodzeniu pokrewnej metody Bouchut, przedstawionej Akademji Francuskiej na trzydzieści lat przed O'Dwyerem i przez tę Akademję odrzuconej. Schroetter był też obok Tuercka pierwszym, który poświęcił dużo uwagi badaniu tchawicy i w latach siedemdziesiątych już rozpoznał i leczył jej zwężenie. Oglądaniem tchawicy w lusterku krtaniowem od góry i przez otwór w tchawicy od dołu zajmował się zresztą już Czermak, a właściwą tracheobronchoskopję dolną zapoczątkował Przemysław Pieniążek.

Naukę o unerwieniu krtani i o ośrodkach ruchomych narządu mowy zawdzięczamy Krausemu, Grossmannowi, Grabowerowi, Onodiemu, głównie zaś Semonowi, który ustanowił prawo (o autorstwo jego walczył też Rosenbach), według którego w porażeniu nerwu zwrotnego najpierw ulegają zwyrodnieniu włókna, idące do mięśni rozwieraczy głośni, a później dopiero włókna, zasilające zwieracze. Klinicznie wyraża się to pozycją środkową (fonacyjną) strun głosowych w pierwszym okresie porażenia nerwu zwrotn. (porażenie częściowe) i położeniem trupiem w drugim okresie (porażenie całkowite). Prawo to uległo jednak zachwianiu po stwierdzeniu przypadków, w których położenie środkowe strun pozostało pomimo niewątpliwie stwierdzonego całkowitego porażenia nerwu, jak również

takich przypadków, w których częściowe porażenie n. zwr. wywołało położenie trupie. Te spostrzeżenia, stojące w tak rażącem przeciwieństwie z uważanem przez długie lata za bezsporne prawem Semona, sprawiły, że kwestja porażenia nerwu zwrotnego postawiona była przed kilku laty na porządku dziennym zjazdu oto-laryngologów niemieckich, i tu jednak z referatu Stupki jak również i z dyskusji wynikło, że problemat porażenia nerwu zwrotnego nadal pozostaje nierozstrzygnięty.

Badaniami anatomicznemi i histologicznemi krtani zajmowali się Merkel i Luschka, później B. Fraenkel i Heymann, a anatomję patologiczną krtani i tchawicy opracował szczegółowo Eppinger w podręczniku Klebsa.

Na rok 1884 przypada fakt, który dla rozwoju laryngologji miał znaczenie epokowe: było to zastosowanie przez Jellinka kokainy do znieczulania błony śluzowej gardła, krtani i nosa. Gdy przed erą kokainową wprowadzone przez Tuercka znieczulanie mieszaniną morfiny, chloroformu i spirytusu było dla chorego nad wyraz przykre, a nieraz i niebezpieczne, a przy tem przeważnie niedostateczne, gdy pomimo tego znieczulania trzeba było chorego jeszcze tygodniami przyzwyczajać do przezwyciężania odruchów, mamy od roku 1884 możność wykonywania operacji wewnątrz-krtaniowych i wewnątrz-tchawiczych niemal w ciągu kilku minut. Gdy jednak kokaina z powodu silnych swych własności trujących okazała się możliwa do stosowania tylko powierzchniowego, wynalezione później środki syntetyczne mniej trujące — eukaina, zwłaszcza nowokaina, w najnowszych zaś czasach perkaina, bez niebezpieczeństwa stosowane są do znieczulań podśluzowych. Kokaina nietylko umożliwia rękoczyny wewnątrz-krtaniowe, ale ułatwia także badanie.

W końcu ośmdziesiątych lat ubiegłego stulecia choroba cesarza niemieckiego Fryderyka III zwróciła uwagę całego świata na naszą specjalność i dała impuls do licznych prac z dziedziny raka krtani i jego stosunku do pachydermji, że wymienię tu tylko nazwiska Virchowa, Bernarda Fraenkla i Semona. Z wielkim zapałem rzucono się do udoskonalenia techniki operacyjnej i ustalenia wskazań do częściowego, połowicznego i całkowitego wycięcia krtani. Najkapitalniejsze udoskonalenie wyłuszczenia krtani o znaczeniu epokowem, mianowicie wszywanie tchawicy do skóry, było przez Glucka już w roku 1881 proklamowane. Wspomnieć tu także należy, jakkolwiek może nie naśladować, udatne usunięcie raka krtani drogą endolaryngealną przez B. Fraenkla i Jurasza. Do literatury laryngologicznej,

tego przedmiotu dotyczącej, weszła świetna ankieta Semona o możliwości przechodzenia nowotworów łagodnych krtani w złośliwe, zwłaszcza pod wpływem rękoczynów, w której wyniku okazało się, że przejście takie należy do tak wielkich rzadkości, iż praktycznego znaczenia żadnego nie posiada. Powód do wspomnianej ankiety dała pogłoska, jakoby u cesarza Fryderyka rak krtani rozwinął się po zabiegach wewnątrzkrtaniowych na niewinnej narośli.

Do tego samego okresu należy sprawa zabiegów wewnątrzkrtaniowych w gruźlicy krtani. Gdy do owego czasu zmiany tuberkuliczne krtani stanowiły *noli me tangere*, i cała terapja tej dziedziny ograniczała się do zasypywania proszków, już w roku 1885 Krause zdobył się na wcieranie kwasu mlecznego, o którym przesadnie twierdził, że niema owrzodzenia gruźliczego krtani, któreby przy odpowiedniej technice mogło oprzeć się jego działaniu. Dalej w odwadze poszedł Moritz Schmidt, który przecinał gruźliczo nacieczoną nagłośnię i więzy nagłośniowo-nalewkowe, zabiegi krwawe jeszcze energiczniejsze przedsiębrał Gouguenheim, a najdalej sięgnął Heryng, wprowadziwszy tak nazwane przez siebie łyżeczkowanie krtani, które później przekształciło się w wycinanie gruźliczo zmienionej tkanki zapomocą podwójnej łyżeczki Krausego. W tym samym czasie metodę konkurencyjną stanowiło leczenie gruźlicy krtani galwanokaustyką, która, zapoczątkowana, wprawdzie bezwiednie, przez Voltoliniego i dorywczo stosowana w klinice Schroettera, później weszła do laryngologji jako leczenie systematyczne.

Era tuberkulinowa ma również do zaznaczenia swoje sukcesy i liczniejsze jeszcze niepowodzenia w terapji gruźlicy krtani. Wreszcie ostatnie czasy odznaczają się dążeniem do wprowadzenia światłolecznictwa do tej dziedziny, nie mówiąc zresztą o suwerennej metodzie klimatyczno-djetetycznej.

Znieczulanie nerwu krtaniowego górnego według Hoffmanna lub przecięcie tegoż nerwu, umożliwiając połykanie w przypadkach silnej dysfagji czyni egzystencję chorych, gruźlicą krtani dotkniętych, znośniejszą, a w niektórych przypadkach, podnosząc odżywianie, sprzyjać może nawet wyleczeniu. Liczni autorzy potwierdzili przy pomocy laryngoskopu zrobioną już w r. 1829 przez Albersa obserwację, że na przebieg gruźlicy krtani niemal cudowny wpływ mieć może tracheotomja przez unieruchomienie chorego organu. Szczególniej sprawą tracheotomji leczniczej zajmowali się Moritz Schmidt, Henrici, Hinsberg, a inni stwierdzili wpływ leczniczy tracheotomji i na brodawczaki krtani.

Jak wprowadzenie w roku 1884 kokainy do ryno-laryngologji stanowiło epokę dla jej rozwoju, tak wygłoszony dnia 21 maja roku 1895 w Berlińskiem Tow. Laryngol. odczyt Alfreda Kirsteina o autoskopji krtani uważany być musi za inaugurację doprowadzonej później do doskonałości przez Killiana tracheo-bronchoskopji. Chociaż autoskop Kirsteina jako też i inne aparaty, służące do laryngoskopji bezpośredniej, nie zdołały i nie zdołają wyprzeć z powszechnego użycia lusterka krtaniowego, to jednak idea wprowadzania twardych i prostych rur do dróg oddechowych na zawsze pozostanie ideą genjalną. O wielkich sukcesach tracheo-bronchoskopji, szczególnie w dziedzinie ciał obcych, nie potrzebuję przed tak kompetentnem gronem się rozwodzić.

Killian wogóle ze szczególnem zamiłowaniem oddawał się sprawie techniki badania górnych dróg oddechowych. Po rozprawie o badaniu tylnej ściany krtani w roku 1889, po opracowaniu tracheobronchoskopji ogłosił w roku 1911 sposób badania krtani, nazwany przez niego Schwebe-laryngoskopie, sposób, który uproszczony został przez Seiferta, a w ostatnich czasach z powodzeniem zastąpiony przez przyrząd Haslingera.

Nie ulega wątpliwości, że badanie promieniami Roentgena i dla dziedziny laryngologji okazało się równie owocne, jak i dla całokształtu djagnostyki klinicznej. Pomimo to ośmieliłbym się twierdzić, że dla nas laryngo-tracheo-broncho i ezofagoskopja stanowi metodę badania o wiele pewniejszą i korygującą nieraz mylną interpretację roentgenogramów.

Słów parę jeszcze o tem, co laryngo-tracheo i bronchoskopja dały medycynie ogólnej. Nie da się zaprzeczyć, że medycyna ogólna zawsze wspierała swoją latorośl—laryngologję, przyznać jednak trzeba, że i ze swojej strony latorośl oddawała usługi macierzy. Wspomniałem już o sensacyjnem rozpoznaniu przez Traubego tętniaka aorty na zasadzie badania laryngoskopowego. Dziś wiemy z badań Ortnera, że takie samo porażenie nerwu zwrotnego lewego może zależeć i od przerostu lewej komory serca, wiemy dalej, że wogóle por. n. zwr. naprowadza nas na myśl o ucisku nań ze strony narządów klatki piersiowej, o ile nie wywołuje go guz widoczny na szyi. Wiemy również dzisiaj, że i ciało obce w przełyku może być przyczyną por. n. zwr. To samo częściowe porażenie nerwu zwrotnego pochodzenia ośrodkowego, wyrażające się w laryngoskopie jako porażenie mięśni rozwieraczy głośni (Posticuslaehmung) nauczyliśmy się cenić jako wczesny objaw wiądu rdzenia, kiedy innych objawów tego cierpienia

jeszcze niema. O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy na zasadzie obrazu laryngoskopowego już mówiliśmy. Wiele dawniejszych mylnych rozpoznań gruźlicy płuc wyjaśnia obecnie znalezienie obcego ciała w oskrzelu. Przykładów tego rodzaju można by przytoczyć więcej, zresztą o sprawie tej mówiłem szczegółowo przed kilku laty w odczycie, wygłoszonym w sekcji Klin. Tow. Med. Społ. Dodam tu tylko ciekawy szczegół, że *Gerhardt* na uroczystości 25-lecia Berl. Tow. Lek. za temat swojego odczytu wybrał: „Laryngoskopja i Djagnostyka".

Wzrastająca wciąż liczba wyćwiczonych w badaniu lusterkiem krtaniowem lekarzy sprawiła, że dział chorób krtani szybko wyodrębnił się w oddzielną specjalność, o której istnieniu powoli dowiadywała się publiczność. Dla publiczności zaś czy to chrypka, czy ból podczas łykania, czy trudności w przechodzeniu pokarmów, czy to nawet dolegliwości ze strony szyi — to zawsze choroba gardlana, która kieruje ją do odpowiedniego specjalisty. Z drugiej strony nie można było traktować chorób krtani w oderwaniu od narządów sąsiednich. Stąd wynikła konieczność rozszerzenia dziedziny działalności laryngologa na narządy jamy ustnej (z wyłączeniem zębów, które już dawno zajęły w patologji i terapji miejsce specjalne), gardła i przełyku oraz tych części ustroju, które narządy owe mieszczą, to jest głowy i szyi. Nie będę zatrzymywał się dłużej nad pracami laryngologów z dziedziny zapaleń śluzówki jamy ustnej, języka i ślinianek, ani też nad ogółem prac z dziedziny patologji gardła, ale słów parę powiedzieć muszę o tak aktualnej obecnie sprawie anginy i jej powikłań, w których zwalczaniu położyli tak duże zasługi laryngologowie.

Chociaż idea związku rozmaitych chorób wewnętrznych z chorobami migdałków wyszła od internistów, to jednak badania nad wyjaśnieniem całego zagadnienia migdałkowego i nad drogami zwalczania groźnych dla życia następstw anginy stanowią bezsprzeczną własność laryngologów. Prace anatomiczne i histologiczne, dotyczące migdałków, pozostawili nam J. Killian, brat słynnego Gustawa, Gruenwald, Schlemmer, Dietrich i inni. Hipotezy co do fizjologicznego znaczenia migdałków postawili Goerke, Brueger, Fleischmann, Hellmann i ostatnio Voss, i chociaż dotychczas rola migdałków wyjaśniona nie została, to jednak z badań drobnowidowych nad ich budową Gruenwalda, Schlemmera i Dietricha wynika, że migdałki, jako niemające naczyń limfatycznych doprowadzających, nie mogą być uważane za gruczoły chłonne, a tem samem upaść musi teorja ob-

ronna Goerkego i pogląd B. Fraenkla na znaczenie migdałków jako gruczołu limfatycznego nosa. Poglądy na anginę również uległy zmianie, zwłaszcza od czasu znanej pracy Feina „Die Anginose“, której kwintesencję stanowi pogląd, że zmiany na migdałkach są manifestacją wtórną zakażenia ogólnego. Stroną bakterjologiczną anginy obok histologicznej zajmowali się Waldapfel i Grossmann, których zdaniem znajdowane w tej chorobie paciorkowce mają ścisły z nią związek.

Widzimy więc, iż problemat migdałkowy był i jest jeszcze przedmiotem licznych badań, i że zarówno patologja, jak histologja, fizjologja i bakterjologja, każda ze swego stanowiska, usiłuje problemat ten rozwiązać. Gorączkowo ostatnio prowadzone badania nad ciężkiemi komplikacjami anginy przez Zangego, Uffenordego i Claussa wyjaśniły istotę tych komplikacyj (ropnie głębokie, zakrzepy żylne) i niejedno dawniej na śmierć skazane życie ocaliły. Zaś od lat trzydziestu stosowane wyłuszczanie migdałków, wykonane z powodu wskazania racjonalnego, jest również operacją zbawienną.

Już przed badaniami tracheo-bronchoskopowemi Stoerk i Kussmaul zapomocą rur giętkich starali się oglądać przełyk, ale dopiero Mikuliczowi udało się wykazać, że i twardemi rurami do przełyku przeniknąć można, i oto po nich Hacker, Gottstein, Rosenheim, a nadewszystko Killian i Bruennings udoskonalili wziernikowanie przełyku i wzbogacili nasz arsenał diagnostyczny i terapeutyczny ezofagoskopją, która szczególnie w dziedzinie ciał obcych święci duże triumfy, Pomysłowo skonstruowane przyrządy do wydobywania ciał obcych podali: Bruennings, Schlemmer, Chevalier Jackson i inni.

Guzy szyi weszły również w sferę kompetencji laryngologów, głównie zaś schorzenia gruczołu tarczowego: choroba Basedowa i obrzęk śluzowy są częstem polem ich pracy. Szczególne zasługi w wyjaśnieniu tego ostatniego cierpienia położył Semon, który pierwszy stwierdził, że kretynizm i obrzęk śluzowy (*myxoedema*) są identycznemi z charłactwem po wycięciu gruczołu tarczowego (*cachexia strumipriva*), że zatem zależeć muszą od braku tego gruczołu. Stwierdzenie tego faktu miało olbrzymią doniosłość dla leczenia obrzęku śluzowego i dla całej nawet opoterapji. Gdy bowiem tyreoidyna okazała swój niewątpliwy wpływ leczniczy na obrzęk śluzowy, znalazła się zasada do traktowania hipo i dysfunkcyj i innych gruczołów wewnątrz-wydzielniczych na tej samej drodze.

Rozszerzając w ten sposob coraz bardziej teren swojej działalności, laryngologja domeną swoją objęła i dział zboczeń mowy,

w którego rozwoju obok twórcy logopatologji Gutzmanna poczesne miejsce zajmują Flatau, Nadołeczny, Katzenstein, Stern, Froeschels, u nas Ołtuszewski. Froeschels położył szczególne zasługi w leczeniu afazji.

Wreszcie nieuniknionem następstwem rozwoju laryngologji musiało być rozszerzenie czynnego wkraczania w chorobach gardła, krtani i szyi. Gdy jeszcze w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia strona chirurgiczna działalności laryngologa ograniczała się prawie wyłącznie do zabiegów wewnątrzgardłowych i wewnątrzkrtaniowych, a z operacyj zewnętrznych jedynie tylko tracheotomja wykonywana była w klinice laryngologicznej Schroettera, to już w końcu ubiegłego wieku kliniki niemieckie i austrjackie oraz oddziały szpitalne francuskie (Sebileau, Sargnon) i angielskie (Semon, Clair Thompson) przeszły do operacyj większych na krtani i szyi, do laryngofissury, laryngostomji, wyłuszczania krtani, wyłuszczania guzów na szyi, zabiegów na gruczole tarczowym i t. d.

Gdy laryngologja natychmiast prawie po wynalezieniu lusterka krtaniowego zaczęła szybkim krokiem rozwijać się i postępować, rynologja długie lata była zaniedbywana. Jeżeli jeszcze dzięki zapoczątkowanej już przez Czermaka rynoskopji tylnej patologja jamy nosowogardłowej robiła już dość wcześnie postępy, to łatwiejsza i dostępniejsza rynoskopja przednia z powodu braku odpowiednich wzierników leżała odłogiem.

Pierwszym wielkim triumfem rynoskopji tylnej był wniesiony do nauki w roku 1868 przez Wilhelma Meyera opis wyrośli adenoidalnych. Chociaż, jak wspomniałem, widział je już Czermak, chociaż pisał o nich w roku 1865 Loewenberg z Paryża, to jednak pierwszy dokładny obraz chorobowy, spowodowany przez wyrośle adenoidalne, nakreślił dopiero Meyer. W latach następnych opracowywało patologję i leczenie operacyjne wyrośli adenoidalnych wielu autorów. Poza Meyerem, któremu wystawiono w Kopenhadze pomnik z funduszów międzynarodowych, najbardziej związane są ze sprawą wyrośli adenoidalnych nazwiska lekarzy, którzy obmyślili narzędzia do ich usuwania: Hartmann, Trautmann, Gottstein, M. Schmidt, Jurasz oraz twórca najpopularniejszego ze wszystkich tych narzędzi — Beckmann. Aby już nie powracać do jamy nosowogardłowej, wymienię tu jeszcze nowotwory tej okolicy, zwłaszcza ciekawe ze stanowiska patologji włókniaki wieku młodzieńczego oraz zabiegi rynologiczne (Moure, Denker) i czysto chirurgiczne (Gussenbauer, Partsch, Kocher) z powodu tych nowotworów wykonywane. Wspomnę też

o polipach choanalnych, z których wiele, jak wykazali Killian, Ino Kubo, Jacques pochodzą z jam obocznych nosa.

Rynoskopja przednia zaczęła być nieco szerzej stosowana dopiero w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia dzięki wziernikom pomysłu Thudichuma, B. Fraenkla, Duplaya, Krammera, Voltoliniego, Zaufala, ale i w tym czasie jeszcze djagnostyka rynologiczna była w powijakach, a terapja ograniczała się do przestrzykiwań nosa, zasypywania proszków, wkraplania płynów i usuwania polipów. Dość powiedzieć, że na I Międzynarodowym Zjeździe Ryno-laryngologicznym w Medjolanie w r. 1880, na 50 wygłoszonych odczytów jeden tylko dotyczył rynologji i to... o tuszu nosowym.

Istotny rozwój rynologji rozpoczął się dopiero od okresu kokainowego. Podczas gdy w laryngologji stosowanie kokainy święciło triumfy głównie w dziedzinie terapji operacyjnej, w rynologji miało ono olbrzymie znaczenie i w djagnostyce. Dopiero kokaina przez własność swoją anemizowania i kurczenia tkanek udostępniła oku te liczne szpary i zaułki, które dotąd były niedostrzegalne, a dzięki swoim własnościom znieczulającym pozwoliła na badanie wnętrza nosa zgłębnikiem. W dziedzinie terapji jednak, pomimo posiadania kokainy jeszcze przez długi czas ograniczano się do wycinania polipów, wypalania przerostów muszel i usuwania listw przegrody nosowej zapomocą dłóta i piły.

Jakkolwiek już w roku 1871 Voltolini w swojem dziele: „Ueber die Anwendung der Galvanokaustik“ opisuje przypadek astmy, wywołany przez polipy nosowe, chociaż po nim Haenisz i B. Fraenkel wyraźnie piszą, że nietylko polipy, lecz i inne stany patologiczne nosa mogą wywoływać rozmaite zaburzenia nerwowe, to jednak dopiero Hack w latach osiemdziesiątych zeszłego wieku zwrócił uwagę świata lekarskiego na nerwice odruchowe, powstające na tle cierpień nosowych. Obserwacje Hacka narobiły dużo wrzawy w świecie lekarskim i nie mniej spustoszeń we wnętrzu nosa licznych pacjentów, którym wypalano żegadłem galwanicznem i wycinano bez litości muszle i listwy przegrody nosa*).

Teorja Hacka, która niemal wszystkie choroby usiłowała wiązać ze stanem patologicznym nosa, z biegiem czasu zaczęła tracić

*) Te nadużycia operacyjne dały D-rowi Michaelowi z Hamburga asumpt do wygłoszenia na bankiecie sekcji laryngologicznej 10 Zjazdu Międzynarodowego w Berlinie wiersza satyrycznego, którego refrain w wolnym przekładzie na język polski brzmiał: „Czy to stary, czy to młody, Zawsze nos mu czyni szkody, Lecz jest na to pewna rada: Nos wypalić mu wypada“.

na powadze, zdrowe jej jądro jednak przechowało się do dzisiaj. Wraz z racjonalną krytyką tej teorji ustały na szczęście i owe codzienne autodafe, na które w ostatnich piętnastu latach ubiegłego wieku skazana była śluzówka nosa.

Inną, ale bogatą w błogosławione następstwa, erę zainaugurował Ziem, który sam dotknięty ropieniem przewlekłem zatoki szczękowej, cały swój zapał naukowy w tym zwrócił kierunku i wykrył częste źródło ropień nosowych w schorzeniu jam obocznych nosa. Od Ziema, a zarazem od klasycznych badań anatomicznych i anatomopatologicznych Zuckerkandla, rozpoczyna się okres intensywnej pracy nad chorobami zatok nosowych, w których to pracach udział przeważnie brali Schech, Schaefer, Wahl, Lichtwitz, a głównie Gruenwald i Hajek, którego dzieło o ropieniach zatok nosowych do dnia dzisiejszego stanowi najkapitalniejszą w tej dziedzinie pracę.

Wraz z udoskonaleniem metod rozpoznawania ropienia zatok nosowych zapomocą przepłukiwania i prześwietlania, któremu dał początek Voltolini, a rozwinęli Heryng i Vohsen, wraz z udoskonaleniem rentgenoskopji i rentgenografji i zabiegi operacyjne—począwszy od otwierania zatoki szczękowej (Desault) przez zębodół, a później przez dolny przewód nosowy (Mikulicz) dążyły do coraz bardziej radykalnego leczenia ropień jam obocznych nosa: powstały operacje Kuestera i Caldwell-Luca na zatoce szczękowej, Riedla, Ogston-Luca, a potem Jansena i Killiana na czołowej, Hajeka na komórkach sitowych i na zatoce klinowej, a wreszcie począwszy od Claué, a głównie Sturmanna—zaznacza się dążenie do otwierania zatok nosowych wyłącznie przez nos, którą to ideę Halle usiłuje przeprowadzić wszechstronnie, pozostawiając otwarcie zatoki czołowej zzewnątrz tylko w razie groźnych objawów ze strony mózgu lub oka.

Chirurgja wewnątrz-nosowa dała nam bardzo skuteczną operację podśluzowego wycięcia wykrzywionej przegrody nosa, zapoczątkowaną przez Kriea i Jansena, a udoskonaloną przez Killiana, operację, która, po innych bardziej skomplikowanych rękoczynach wewnątrznosowych, posłużyła Hirschowi jako droga do usuwania nowotworów przysadki mózgowej, a z której inni korzystają do zakładania radu do zatoki klinowej w celu niszczenia tych nowotworów. Obok metody wewnątrz-nosowego docierania do przysadki, znamy jeszcze zabiegi zewnątrz-nosowe, również poprzez zatokę klinową zdążające do przysadki. Najpopularniejsza z nich jest operacja Schlossera. Chiari podał swoją zewnątrznosową metodę operacyjną.

Dalej do zdobyczy rynologicznych zaliczyć należy wewnątrznosowe otwieranie worka łzowego Halle-Westa, którego technikę stara się udoskonalić Kofler przy pomocy swojej metody para-septalnej, dającej lepsze pole widzenia terenu operacyjnego. W wykonywaniu tych operacyj wielką pomoc okazuje wprowadzona do terapji na początku bieżącego wieku adrenalina, skutecznie później zastąpiona przez syntetyczną suprareninę.

Jeszcze z ważniejszych etapów, jakie przeszła rynologja, wspomnieć muszę o badaniach nad etjologią, patogenezą i leczeniem cuchnącego nieżytu nosa, badaniach, których zwłaszcza w nowszych czasach prowadzone są bardzo intensywnie. W wydawnictwie, poświęconem w roku 1921 Hajekowi, Kassel opracował szczegółowo historję ozeny, w której to historji szczególnie wyróżnione są nazwiska Karola Michela i Bernarda Fraenkla jako tych, którzy pierwsi wyodrębnili pojęcie ozaena genuina, przed nimi bowiem ozena oznaczała objaw, towarzyszący schorzeniom śluzówki nosa, idącym w parze ze złym odorem z nosa. Do nowszych względnie czasów należy teorja Gruenwalda, wiążącego nieżyt cuchnący nosa ze schorzeniami zatok nosowych, pogląd Habermanna, widzący istotę ozeny w rozpadzie tłuszczowym nabłonka gruczołów z następczem kurczeniem się śluzówki, Gerbera i Elmigera — teorja pochodzenia kiłowego, Fraenkla i M. Schmidta, według których nieżyt zanikowy powstaje z nieżytu przerostowego. Hopmann powstawanie ozeny stawiał w związku ze skróceniem przednio-tylnego wymiaru nosa, z czem równolegle idzie niedorozwój muszel kostnych. Siebenmann widzi przyczynę ozeny w zbyt szerokich jamach nosowych i w metaplazji nabłonka, Cholewa i Cordes zapatrują się na ozenę jako na sprawę osteo-malacyjną, Loewenberg, Abel, Hajek są wyznawcami etjologji bakteryjnej, a Peretz opisał w roku 1889 lasecznik „cocco-bacillus foetidus", którego zastrzyknięcie dożylne wywołuje u królika chorobę podobną do ozeny ludzkiej. Ostatnie prace Lautenschlaegera usiłują udowodnić, że ozena jest sprawą zapalną, która rozpoczęła się w dzieciństwie w zatoce szczękowej na gruncie choroby zakaźnej. Wreszcie do najnowszych czasów należy pogląd, zresztą nie potwierdzony, że nieżyt cuchnący nosa jest następstwem zaniku zwoju klinowo-podniebiennego.

Stosownie do tych teoryj usiłowano leczyć ozenę. Poza terapją przeciwbakteryjną zapomocą surowicy Hoffer-Koflera, poza naświetlaniem wnętrza nosa lampą kwarcową według Cemacha, starano się przeważnie iść drogą operacyjną, zmierzającą do zwężenia jam nosowych, wychodząc z zasady, że ich zbytnia szerokość sprzyja tworze-

niu się strupów. Zwężenie to usiłowali osiągnąć rozmaitemi drogami Bruennings, Hinsberg, Spiess, wreszcie Lautenschlaeger i Halle, bądź wszczepiając pod błonę śluzową przegrody i podstawy nosa tłuszcz, krew, chrząstkę, kość, parafinę, bądź zbliżając operacyjnie boczną ścianę nosa do przegrody. Wreszcie Wittmaack wpadł na pomysł wszczepienia przewodu Stenona do jamy Highmora, aby ściekająca stąd do nosa ślina zwilżała wysychającą śluzówkę nosa. Wszystkie te jednak teorje etjologiczne i patogenetyczne, jak i zabiegi lecznicze nie dały wyników zadawalających. To też przed samą wojną Artur Alexander rozpisał ankietę w sprawie ozeny, wyniki jej jednak pozostały niekompletne z powodu wojny światowej, która prace komisji ankietowej przerwała. Obecnie podjęto tę sprawę nanowo i postawiono na porządku dziennym II Międzynarodowego Zjazdu Oto-Ryno-Laryngologicznego, który odbyć się ma w r. 1932 w Madrycie.

Na tym samym Zjeździe mają być ogłoszone wyniki drugiej ankiety w sprawie twardzieli nosa, nad którą od wielu lat, szczególniej po odkryciu lasecznika Frischa, pracowali i pracują rynologowie.

Jeżeli jeszcze wspomnę o pięknych wynikach, jakie daje chirurgja kosmetyczna nosa, w której szczególnie zasłużył się Joseph, za nim Wodak i inni, to wyczerpię przynajmniej ważniejsze etapy, jakie przechodziła rynologja w ostatniem 75-leciu.

Dodam wreszcie, że piśmiennictwo laryngo-rynologiczne rozrosło się do imponujących rozmiarów: poza mnóstwem podręczników i monografij zwraca uwagę rozwój czasopiśmiennictwa ryno-laryngologicznego, poczynając od założonych w r. 1875 Annal. d. mal de l'oreille et du larynx i w Wiedniu w roku nastepnym Monatschrift f. Ohr. sovie für Rachen, Kehlkopf und Luftröhre. Pomnikowe niemal stanowisko w naszej prasie specjalnej wyrobiło sobie Zentralblatt f. Laryngologie Semona założone w r. 1884. Od tego czasu liczba czasopism stale wzrasta i obecnie we wszystkich kulturalnych krajach świata znajdujemy wydawnictwa specjalności naszej poświęcone. Powstają też w tych krajach i Towarzystwa Ryno-Laryngologiczne, w ostatnich czasach włącznie z otjatrycznemi, a przeprowadzone po długich walkach zaliczenie ryno-laryngologji (wraz z otjatrją) do przedmiotów obowiązujących na wydziałach lekarskich postawiło oto-laryngologję na stopie równej z najważniejszemi gałęziami medycyny.

Sz. PP.! Starałem się w tym szkicu, przydługim może, ale mimo to nie wyczerpującym przedmiotu w całości, przedstawić co nasi poprzednicy i współcześni nam zrobili, aby postawić specjalność

naszą na wyżynie, dającej jej prawo do życia samodzielnego. 75 lat, prawda, to okres czasu długi. Wszak od Narodzenia Chrystusa okresów takich minęło wszystkiego niecałe 26 — spoglądamy więc na owoce pracy długoletniej, ale gdy się zważy jej ogrom, śmiało rzec można, że z dokonanego dzieła dumni być możemy. Prawda, niejedno zagadnienie jeszcze czeka rozwiązania, niejeden jeszcze powstanie problemat nowy, ale rozwiązanie zarówno dawnych jak i nowych zagadnień przyjść musi, a udział w niem, nie wątpię, weźmie i laryngologja polska.

Profesor Przemysław Pieniążek i Krakowska Klinika Laryngologiczna.

podał dr. JAN PIENIĄŻEK (Warszawa)

Według przemówienia na Obchodzie jubileuszowym Polsk. Tow. Otorynolaryngologicznego.

Przed laty pięćdziesięciu z górą, w r. 1879, młody, niespełna 30-letni lekarz, Przemysław Pieniążek osiadł na stałe w Krakowie, aby na „ojczystym zagonie" torować drogę młodej naówczas gałęzi wiedzy lekarskiej — laryngologji. Przybył on z Wiednia po kilkoletnich studjach u głośnych już wtedy powag tej miary jak Schrötter, Störk, Schnitzler i inni, tak bardzo zasłużeni twórcy nowoczesnej laryngologji.

Nie ograniczał się zresztą Pieniążek do ścisłych granic obranej specjalności, ale starał się pogłębić swoje lekarskie wykształcenie studjami w dziedzinie anatomji patologicznej pod kierunkiem Teichmanna i Biesiadeckiego. A z jakim zapałem oddaje się pracy, niech świadczy ta okoliczność, że w jednym roku studjów 1878-m, ogłasza jako asystent wyżej wymienionych profesorów pięć prac z zakresu schorzeń górnego odcinka dróg oddechowych.

Po powrocie do Krakowa może się on wykazać gruntownym przygotowaniem i poważnym zasobem wiedzy w tej dziedzinie. Ta okoliczność ułatwiła mu uzyskanie docentury laryngologji po rozprawie habilitacyjnej: O mechanizmie zamknięcia głośni. W tym samym roku wydaje Pieniążek pierwszy podręcznik polski pod tytułem: „Laryngoskopja oraz choroby krtani i tchawicy" (Kraków 1879).

Fakty powyższe należy podkreślić w tem Szanownem Zgromadzeniu, gdyż stanowią datę urzędowych narodzin laryngologji polskiej, co na zawsze w pamięci polskich laryngologów winno być utrwalone.

O ile jednak młody docent znajduje przyjazne przyjęcie i przychylną ocenę swej pracy naukowej, o tyle czeka go długa i mozolna praca, aby wytworzyć zrozumienie, że laryngologja posiada równie doniosłe znaczenie, jak i inne gałęzie medycyny praktycznej, i że dla jej rozwoju konieczny jest samodzielny warsztat pracy w postaci choćby najskromniejszego oddziału szpitalnego.

Długie jednak upłynęły lata, zanim Pieniążek ten upragniony samodzielny warsztat otrzymał. Zanim się to ziściło, musiał on szukać gościny po cudzych oddziałach i klinikach. Do wykładów korzystał z materjałów kliniki dermatologicznej, a przypadki chirurgiczne mógł obserwować na oddziale znakomitego chirurga, profesora Obalińskiego, któremu w dużej mierze zawdzięcza kierunek swej późniejszej działalności leczniczej. Ma on tu możność czynnego udziału w operacjach na górnych drogach oddechowych, w szczególności w laryngofissurze, stanowiącej dotąd wyłączną domenę chirurgów.

Kiedy po raz pierwszy wypadło mu samodzielnie tę operację wykonywać z powodu rozległych brodawczaków krtani, wpada on na szczęśliwy pomysł zastosowania pozycji Rosego: zwieszania głowy operowanego przez krawędź stołu, przez co osiągnął zupełne zabezpieczenie chorego przed zaciekaniem krwi do tchawicy. Jednocześnie uniknął zwężenia pola operacyjnego, co stanowiło ujemną stronę wszystkich dotąd stosowanych sposobów, jak użycie kaniuli Trendelenburga i inn.

Odtąd stale w tej pozycji operuje. Jeszcze większe bezpieczeństwo osiąga Pieniążek przez zastosowanie znieczulenia miejscowego zamiast usypiania chorego.

W r. 1884, jak wiemy, wprowadzone zostało użycie po raz pierwszy kokainy do znieczulania błony śluzowej. Te własności kokainy zastosował zaraz Pieniążek przy swoich dalszych operacjach. Uczynił jednak dalszy krok i pierwszy użył kokainy do zastrzykiwań śródtkankowych początkowo w stężeniu 5%, a potem 2%. W połączeniu ze znieczuleniem powierzchniowem śluzówki dało mu to możność prawie bezbolesnego dokonywania operacji. Chory na jawie mógł wykasływać wszystko, cokolwiek dostało się przypadkowo do tchawicy. Przy następnych operacjach zaczął wprowadzać ponad kaniulę uciskowy tamponik z gazy jodoformowej, który chronił od krwawienia następnego i zaciekania płynów do głębszych dróg oddechowych również i w okresie pooperacyjnym.

W ten sposób udało się Pieniążkowi zupełnie usunąć wszelkie

niebezpieczeństwa laryngofissury, które poprzednio nadawały tej operacji piętno wielce niebezpiecznego zabiegu z powodu ciężkich, a często śmiertelnych powikłań.

Ta wielka zdobycz w technice operacyjnej nasunęła Pieniążkowi ideję zastosowania laryngofissury jako zabiegu wstępnego przy leczeniu przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy. Chodziło, mianowicie, o to, aby drogą krwawego zabiegu usunąć wszelkie zwężające przeszkody: blizny ściągające, rozrosty tkanki, i w ten sposób skrócić czas następczego leczenia rozszerzadłami. To połączenie metody operacyjnej z dilatacyjną wykazało w całym szeregu leczonych przypadków swoją praktyczną doniosłość. Stanowiło też stałą zasadę postępowania leczniczego w późniejszej klinice Krakowskiej i w pewnym stopniu Szkołę Krakowską cechowało w przeciwstawieniu do Szkoły Wiedeńskiej, która w czasie studjów Pieniążka w pewnych modyfikacjach znalazła ogólne rozpowszechnienie.

Rok 1884 zaznaczył się w twórczej działalności Pieniążka drugiem jeszcze donioślejszem odkryciem, które dało początek nowej metodzie badania dróg oddechowych. Mam na myśli t. zw. dolną tracheobronchoskopję, z której pomocą Pieniążek pierwszy w znaczeniu dosłownem rzucił światło w mroczne dotąd otchłanie głębszych dróg oddechowych, pierwszy miał możność oglądania przez przetokę tchawicy zmian głębiej umiejscowionych. Użył do tego celu zamiast zagiętej kaniuli prostego lejka usznego przy jednoczesnem odchyleniu głowy pacjenta ku tyłowi. Było to wszystko dziełem przypadku, świadczącem jednak o niezwykłej pomysłowości Pieniążka. Chodziło o ustalenie przyczyny rozwijającej się duszności u dziecka uprzednio tracheotomowanego, u którego w okolicy przetoki tchawiczej nie można było wykryć żadnej widocznej przyczyny. W poszukiwaniu tej przyczyny wprowadza Pieniążek będący pod ręką lejek uszny przez przetokę do tchawicy i na wysokości, odpowiadającej dolnemu końcowi rurki tracheotomijnej, widzi wypełniający światło tchawicy ziarniniak. Po jego usunięciu pod kontrolą wzroku duszność ustąpiła i operujący został uderzony niezwykłym obrazem, ujrzał mianowicie w pełnem świetle tchawicę, klin podziałowy i odcinki oskrzeli. W taki sposób odbyła się ta pierwsza tracheoskopja, a przy jej pomocy została wykonana pierwsza operacja w głębi tchawicy pod kontrolą wzroku.

Z czasem pierwotny lejek uszny służy do badania tchawicy u dzieci, natomiast dla dorosłych kombinuje Pieniążek wzierniki metalowe odpowiednio wydłużone i zwężone w dolnym odcinku, nazwane

przezeń lejkami tchawiczemi. W odpowiednich rozmiarach dały się one wprowadzać i do oskrzeli, a światło, odbite w reflektorze czołowym, a później światło lampy Kirstejna daje możność oglądania śluzówki nawet drobnych oskrzeli i dokonywania w nich koniecznych zabiegów.

W ten sposób powstała dolna tracheobronchoskopja Pieniążka. Stanowiła ona przez lat dziesiątek jedyną drogę, prowadzącą w niedostępne dotąd drogi oddechowe. Ujemną jej stronę stanowiła konieczność dokonania uprzedniej tracheotomji.

Późniejsze usiłowania Kirsteina, a następnie Kiliana stworzyły możność wprowadzenia wzierników tchawiczooskrzelowych przez usta. Metoda ta początkowo dość trudna, a dla chorego bardzo uciążliwa, została dzięki wielce pomysłowym udoskonaleniom technicznym Brüningsa bardzo ułatwiona i zyskała wszechświatowe rozpowszechnienie. Stosowanie dolnej bronchoskopji zostało ograniczone wyłącznie do tych przypadków, w których tracheotomja nie daje się uniknąć. Zresztą i ta ostatnia metoda znana jest obecnie w zmienionej i udoskonalonej przez Brüningsa postaci. Natomiast nazwisko Pieniążka jako twórcy samej idei bezpośredniego badania dróg oddechowych ulega powoli zapomnieniu, a czasem świadomemu przemilczaniu.

Tracheoskopja znajduje różnorodne zastosowanie. Daje ona możność Pieniążkowi usuwania z tchawicy i oskrzeli błon dyfterytycznych i przynosi ocalenie w tych najniebezpieczniejszych postaciach dławca, które u dzieci w dobie przedsurowiczej trafiały się znacznie częściej niż obecnie.

Świetne też wyniki daje trancheobronchoskopja przy wydobywaniu ciał obcych, aspirowanych do dróg oddechowych. Pierwsze takie przypadki wydobytych ciał obcych ogłasza Pieniążek w r. 1887. W latach następnych szybko wzrasta liczba tych operacyj, a Pieniążek dochodzi do takiej wprawy zarówno w lokalizacji ciała obcego jak i w samej technice wydobywania, że to ostatnie wykonuje szybko i z najmniejszym ryzykiem dla życia operowanego. Jeszcze rozleglejsze, bo prawie codzienne zastosowanie ma tracheoskopja i bronchoskopja w licznych przypadkach przewlekłych zwężeń tchawicy i oskrzeli, spowodowanych nacieczeniami i ziarniną w przypadkach nowotworów, a specjalnie twardzieli, oraz bliznami różnego pochodzenia. Pod kontrolą wzroku dają się wykonać zabiegi chirurgiczne oraz wprowadzać rozszerzadła własnego pomysłu.

Drogą tracheoskopji udaje się Pieniążkowi wyjaśnić przyczynę

rozwijającej się duszności u dzieci po usunięciu kaniuli tracheotomijnej. Obserwując w takich przypadkach tchawicę z pomocą krótkich wzierników, spostrzegł on zapadanie się jej tylnej ściany z powodu zwiotczenia. To stanowiło właściwą przyczynę duszności, a nie domniemany dawniej skurcz głośni. Nakoniec, dzięki tracheoskopji, Pieniążek, pierwszy z badaczy, miał możność oglądania zmian śluzówki dróg oddechowych w napadzie dychawicy oskrzelowej. Przypadek dotyczył dziecka, pozostającego pod obserwacją w szpitalu dziecięcym. Duszność o charakterze wdechowym nasuwała podejrzenie aspirowanego ciała obcego. Celem jego wydobycia dokonana została tracheotomja i po dokładnem znieczuleniu kokainą wprowadzony został bronchoskop. Ciała obcego nie znaleziono, natomiast uderzyła obfitość śluzu w dolnym odcinku tchawicy, silne przekrwienie i obrzmienie błony śluzowej. Sam zabieg po usunięciu nagromadzonego śluzu przyniósł choremu znaczną ulgę i przyśpieszył zakończenie napadu. Przypadek ten rozpoznano wspólnie z prof. Jakubowskim jako napad dychawicy oskrzelowej, a obserwowane zjawiska wytłumaczył Pieniążek działaniem nerwów naczynioruchowych przez analogję do zjawisk w cierpieniu znanem pod nazwą oedema angioneuroticum lub w pokrzywce.

Przypadek ten natchnął późniejszego asystenta kliniki d-ra Nowotnego już w okresie górnej bronchoskopji, do zastosowania jej w napadach dychawicy celem znieczulania i anemizacji błony śluzowej dróg oddechowych. do czego używał kokainy w połączeniu z adrenaliną. Skutek tego zabiegu był prawie zawsze pomyślny.

Wszystkie opisane wyżej zdobycze Pieniążka zarówno w dziedzinie nowych sposobów badania, jak i leczenia, przypadają na okres jego tułaczki po cudzych oddziałach. Wiemy z doświadczenia, jakie z takiego stanu wynikają trudności, ile czasu i energji traci się w tych warunkach, które uniemożliwiają należyte zorganizowanie pracy.

Taki stan trwa lat piętnaście. Tylko dzięki niezwykłemu zapałowi z umiłowania swego zawodu płynącemu, Pieniążek nie zraża się przeciwnościami. Pracuje wytrwale, a zdobyczami i wynikami tej pracy dzieli się z ogółem lekarskim w odczytach, na posiedzeniach naukowych i w prasie lekarskiej polskiej i niemieckiej. Posuwa się też i w karjerze pedagogicznej, otrzymując w r. 1888 tytuł profesora nadzwyczajnego, a po czterech latach tytuł profesora zwyczajnego.

I już w tym charakterze otrzymuje nakoniec tak dawno upragniony oddział szpitalny, który potem został przekształcony na klinikę. Miało to miejsce w r. 1894. Jest to więc data powstania pierwszej kliniki laryngologicznej polskiej.

Bardzo niepozornie przedstawiała się ta pierwsza klinika zarówno pod względem rozmiarów jak i pomieszczenia. Przeznaczono bowiem dla niej 4 ubikacje w naziemiu pod pawilonem chirurgicznym Szpitala Powszechnego św. Łazarza. Dwie większe salki miały początkowo mieścić 10-ciu chorych, jeden niewielki pokój, graniczący z salką chorych, miał różnorakie przeznaczenie: był on pokojem ordynacyjnym dla przychodni. W tym pokoju opatrywano stałych chorych i dokonywane były wszelkie operacje. Mieścił się tu aparat rentgenowski, bodaj jeden z pierwszych aparatów, używanych przez laryngologów, oraz szafa z instrumentami, z których wiele było pomysłu Pieniążka, często jego kosztem wykonanych.

Praca profesora w tych warunkach, zarówno iak jego współpracowników była dosłownie znojna i wyczerpująca, stanowiła ona jednak znaczny postęp z okresem poprzedzającym, łatwiej było o pewną organizację. Pomocnym w tym względzie był uzyskany jednocześnie etat asystenta klinicznego, co zapewniało pracę stałego pomocnika zarówno przy operacjach, przy czynnościach ambulatoryjnych oraz w opiece nad stałymi chorymi. Z drugiej strony młody lekarz asystent miał możność poświęcenia się całkowitego obranej specjalności, miał zapewnione światłe kierownictwo i godny naśladowania przykład. Widzimy też na tem stanowisku szereg uczni Pieniążka, którzy później zajmą w laryngologji polskiej poczesne miejsce.

Oddział szpitalny od samego początku nie był wystarczający. W miarę rosnącej jego popularności i rozgłosu z każdym rokiem wzmagała się liczba zgłaszających się chorych, którzy tu szukali ratunku w swej ciężkiej niemocy; przytem leczenie wymagało dłuższego czasu, często wielokrotnego powrotu chorego na oddział. Ilość chorych w tem samem szczupłem pomieszczeniu trzeba było podwoić, a nieraz i większą liczbę należało pokotem na podłodze umieścić. Z drugiej strony wybór chorych musiał być z konieczności ograniczony tylko do przypadków cięższych, wymagających zabiegów operacyjnych. Najliczniejszą w Krakowskiej Klinice grupę stanowili chorzy ze zmianami twardzielowemi. Drugą z kolei grupę stanowiły dzieci ze zwężeniami bliznowatemi po odleżynach intubacyjnych. Te jednak pozostawały w pobliskim szpitalu dziecięcym św. Ludwika, a na zabiegi lecznicze przyprowadzane były do kliniki laryngologicznej, której w ten sposób oszczędzano kilka miejsc. Nakoniec chorzy z nowotworami i zmianami kiłowemi stanowili już mniej stały i mniej liczny kontyngent. Taki dobór chorych daje pewien jednostronny materjał, dość ściśle wyspecjalizowany, a więc posiadający pewne braki, o ile

chodzi o całość schorzeń dróg oddechowych. W zakresie jednak zwężeń materjał ten był wyjątkowym zarówno pod względem różnorodności swej postaci jak i wielostronności metod leczniczych w Klinice Krakowskiej stosowanych, a przedewszystkiem częstego stosowania laryngofissury oraz rozmaitych metod dilatacyjnych. Trzeba bowiem zaznaczyć, że Pieniążek nie uznawał szablonu, wszystkie jego usiłowania skierowane były ku wynalezieniu najodpowiedniejszej dla danego przypadku metody postępowania. Tak się tłumaczyły jego wyniki, które imponowały jego gościom, doświadczonym laryngologom, a uczniom profesora dawały możność orjentowania się w zasadach leczniczego postępowania wobec otrzymywanego z ust nauczyciela należytego krytycznego oświetlenia różnorodnych sposobów leczenia.

A profesor Pieniążek był nieporównanym nauczycielem. Jego niepospolita wiedza i doświadczenie, jasny wykład przy niewyczerpanej cierpliwości i bardzo życzliwem traktowaniu uczniów swoich stwarzały taką wyjątkową atmosferę, jakiej napróżnoby szukać po wielkich cudzoziemskich klinikach, gdzie hierarchiczne względy lub chęć doraźnej wymiany udzielanych okruchów wiedzy na brzęczącą monetę wprowadzały chłodny, oficjalny stosunek.

Jedną wielką bolączką kliniki Krakowskiej stanowiło jej nieodpowiednie pomieszczenie, które hamowało zarówno jej leczniczą jak dydaktyczną działalność. To też profesor nie ustaje w zabiegach o uzyskanie odpowiedniejszego gmachu ewentualnie o zbudowanie nowego budynku dla kliniki. Niestety, zarówno władze centralne jak i autonomiczne nie okazywały należytego poparcia. Dopiero na rok przed wojną, zdawało się, sprawa weszła na dobrą drogę, ale wybuch wojny znowu ją zahamował i nie sądzone już było Pieniążkowi doczekać spełnienia wieloletnich pragnień.

Tymczasowo przeniesiono klinikę laryngologiczną do małej piętrowej oficyny, gdzie uprzednio mieścił się oddział zakaźny. Na nowem miejscu warunki pracy nieco się poprawiły, jednak lokal wobec utworzonego oddziału usznego okazał się znowu zbyt szczupłym zarówno dla chorych jak i dla możliwego rozdziału i rozkładu pracy klinicznej. Tu już pracuje dwóch asystentów, prowadzących poszczególne działy. Znajduje też tu większa liczba młodych lekarzy miejsce oraz łatwiejszy dostęp do chorych przychodnich wobec rozszerzenia ambulatorjum klinicznego, a wykłady i ćwiczenia praktyczne dla medyków dają się łatwiej zorganizować.

Ten etap rozwoju kliniki, dopełnienie jej przez dział chorób usznych pod kierunkiem prof. Nowotnego, gdy oddział laryngologiczny

nadal pod kierunkiem Pieniążka pozostał, spowodował wzbogacenie materjału dydaktycznego. Odtąd coraz liczniejsze grupy młodych lekarzy hospitantów dążą do kliniki Krakowskiej po wiedzę fachową. Są oni zawsze mile witani zarówno przez profesora Pieniążka jak i jego współpracowników i z wielką korzyścią prowadzić tu mogą swoje studja. Oni też roznoszą po ziemiach polskich sławę kliniki Krakowskiej, gdy ta u cudzoziemców już wcześniej uznanie sobie zjednała, czego dowodem były częste odwiedziny wybitnych zagranicznych fachowców.

W tej dobie rozkwitu przychodzi nakoniec wiadomość o preliminowaniu funduszów na nowy gmach dla kliniki. O ile sobie przypominam, było to w roku 1913, a więc w przededniu wielkiej wojny. Zaledwie starczyło czasu na przygotowanie planów i kosztorysu. W tych pracach przygotowawczych zarówno profesor Pieniążek jak i prof. Nowotny brali czynny udział. Były to piękne miraże, które się w huraganie wojennym rozwiały.

A teraz słów parę o naukowej spuściźnie Pieniążka. Obejmuje ona duży okres jego życia. Pierwsza praca pojawiła się w roku 1874 w wydawnictwach Krakowskiej Akademji Umiejętności, ostatni zaś jego artykuł drukowany był w Przeglądzie Lekarskim w roku 1912. Ogółem ogłosił profesor Pieniążek 22 prace w języku polskim, 25 w niemieckim, 3 w języku francuskim. Te 3 ostatnie publikacje odnoszą się do późniejszego okresu, świadczą też o zainteresowaniu Pieniążka piśmiennictwem francuskiem.

Znamienną cechę piśmienniczej spuścizny Pieniążka stanowi dążność jego do poważnego traktowania każdego podjętego zagadnienia: niema dorywczych publikacyj, natomiast wszystkie jego prace zawierają duży materjał obserwacyjny, gruntownie ze stanowiska anatomo-patologicznego i klinicznego opracowany, wnioski uderzają swą logiczną ścisłością, a cały wykład niezwykle jasno oddaje myśl autora. Stara się też zawsze prof. Pieniążek o konieczny objektywizm w ocenie cudzych pomysłów i metod leczniczych. Dwa lata np. poświęca stosowaniu i obserwacji wyników chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, przez Herynga propagowanego. Dopiero po zdobyciu własnego doświadczenia zabiera głos w tej kwestji. Nie poddaje się on przesadnemu entuzjazmowi, ale uwydatnia wielką wartość chirurgicznych zabiegów w odpowiednich przypadkach gruźlicy krtani.

Klasycznem dziełem Pieniążka, uwydatniającem wszystkie wspomniane cechy, jest jego obszerna praca, zawierająca plon 25-letniego doświadczenia na polu leczenia zwężeń dróg oddechowych. Będzie ona na długo stanowiła cenną pomoc dla tych lekarzy specjalistów,

którzy mają do czynienia z tym obszernym, a takie nieraz przedstawiającym do rozstrzygnięcia poważne wątpliwości, działem laryngologji. Znajdą oni w tej książce wskazówki tem cenniejsze, że wynikające z własnych autora przeżyć, oraz wysnute z nich głęboko przemyślane rady.

Również i prace asystentów kliniki odznaczają się dodatnio zarówno doborem tematów, jak i ich sumiennem opracowaniem. Mam tu przedewszystkiem kliniczne sprawozdania, ogłaszane kolejno przez asystentów Pieniążka według najlepszych wzorów takich sprawozdań. Obrazują one dokładnie bieg pracy klinicznej. Dalej znajdujemy szereg monografij z zakresu oddzielnych dziedzin patologji. Wśród nich na wydatnem miejscu postawić należy pierwsze w piśmiennictwie polskiem, a bodaj i w obcem opracowanie przez Baurowicza twardzieli na zasadzie 109 przypadków, obserwowanych i leczonych na oddziale i w klinice Krakowskiej. Drugą pracę w tym samym przedmiocie, ale już na podstawie znaczniejszego, bo obejmującego 270 zgórą przypadków, ogłosił później Pachoński. Tu też zaliczyć należy pracę F. Nowotnego o dychawicy oskrzelowej, która przynosi całkowicie nowy pomysł leczenia tej choroby drogą bezpośredniego działania środkami farmaceutycznemi na śluzówkę dróg oddechowych. Wszystkie wymienione publikacje wnoszą poważne przyczynki do wyświetlenia aktualnych zagadnień. W tem wszystkiem widać wpływ nauczyciela, oraz jego umiejętne kierownictwo i pomoc. Uwidocznia się też wysoki poziom kliniki Krakowskiej.

Kiedy w r. 1914 obchodził Pieniążek 40-lecie swej pracy lekarskiej, które łączyło się równocześnie z 35 leciem jego pracy pedagogicznej, mógł się przekonać, że laryngologja polska, której zręby z takim trudem wznosił, wzięła poważny udział w ogólnym rozwoju tej specjalności, a zrozumienie i uznanie jego przemożnej w tem zasługi dyktowało wyrazy czci i hołdu zarówno przez obcych jak i przez swoich składane. Dobrze to ujęły słowa d-ra Srebrnego: „W nauce międzynarodowej należy Pieniążek do grona mężów wybitnych, a w nauce polskiej do najzasłużeńszuch".

Niech mi na zakończenie wolno będzie przypomnieć z jubileuszowego numeru Przeglądu Lekarskiego słowa, które krótko, ale trafnie ujęły sylwetkę jubilata: „Uczyłeś własnym przykładem, że niema ani tak złych warunków pracy, ani tak skromnych środków, ani takich trudności i przeszkód, w którychby wola i umiejętność działania, talent i wiedza, zapał i umiłowanie sprawy nie zdołały najpiękniejszych zdobywać plonów".

S. p. Prof. Bronisław Sawicki.

Wspomnienie pośmiertne, wygłoszone przez Prezesa Towarzystwa O.-L. D-ra J. Czarneckiego na posiedzeniu Sekcji Warszawskiej dnia 29 stycznia 1931 r.

Dnia 11 stycznia r. b. zmarł w Warszawie, w 70 roku życia ś. p. Dr. Bronisław Sawicki, honorowy profesor Uniwersytetu Warszawskiego, długoletni ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus, Sekretarz Stały Warszaw. Tow. Lek., były parokrotny prezes tegoż Towarzystwa i były prezes Towarzystwa Chirurgicznego, członek honorowy i członek czynny wielu towarzystw lekarskich naukowych, społecznych i zawodowych, zarówno krajowych jak i zagranicznych.

Śmierć Jego okryła ciężką żałobą cały nasz świat lekarski i odezwała się bolesnem echem wśród wszystkich sfer społeczeństwa, zarówno bowiem w pysznych pałacach, jak i w skromnych chatach biją dla Niego liczne wdzięczne serca tych, którym ratował życie i zdrowie przywracał.

Ś. p. Prof. Sawicki należał do tej kategorji lekarzy, którzy nie zasklepiają się wyłącznie w ramach swej specjalności, bystrym Swym umysłem obejmował on całokształt naszej wiedzy, a że nic, co dotyczyło stanu lekarskiego, nie było Mu obcem, brał czynny udział w wielu Towarzystwach społecznych i zawodowych lekarskich, wnosząc wszędzie Swe mądre, śmiałe i wytrawne zdanie. Piękna więc Jego postać Wielkiego Lekarza Polskiego jest własnością całej naszej lekarskiej społeczności. Z nami wiążą Go jeszcze i te węzły, że wobec braku specjalnych oddziałów laryngologicznych w kraju, wszystkie większe zabiegi, w zakres naszej specjalności wchodzące, były wykorzystane na Jego oddziale, zarówno przez Niego samego, jak przez Jego współpracowników, a znając Jego wielką sumienność i dokładność, zbytecznem jest dodawać, że były one wykonywane lege artis. Ś. p. Prof. Sawicki nietylko słuchał wykładów zagranicą, ale brał specjalne kursa prywatne z zakresu otjatrji i laryngologji. Słusznem więc jest, ażeby i na tem miejscu oddany został należny hołd Jego nieodżałowanej pamięci.

Ś. p. Prof. Bronisław Sawicki był to przedewszystkiem człowiek mądry, człowiek wielkiej, rzadko spotykanej dobroci i kryształowego charakteru. Obdarzony od natury wielkiemi zdolnościami i posiadając wielki instynkt pracy, zdobył On Sobie wielką wiedzę, nietylko w Swej specjalności chirurgji, ale we wszystkich działach naszej wiedzy. Można śmiało powiedzieć, że żadna z gałęzi naszej nauki nie miała dla Niego tajemnic. To też znający Go bliżej nazywali Go „encyklo-

pedją chodzącą": do Niego zwracano się w każdej niejasnej czy wątpliwej sprawie z mocnem przekonaniem, że otrzyma się źródłowe i pewne informacje.

Działalność prof. Sawickiego jako chirurga przypada na ten okres czasu, kiedy chirurgja, dzięki postępom aseptyki, wielkiemi, wielomilowemi skokami znaczyła drogi swego rozwoju, osiągając wciągu ćwierćwiecza te wspaniałe wyniki, które są dziś powszechnym udziałem wszystkich, a na które ludzkość napróżno wyczekiwała przez długie, bardzo długie wieki. Ś. p. prof. Sawicki całą swą wiedzę zawdzięczał wyłącznie samemu Sobie, był On samoukiem w najlepszem tego słowa znaczeniu. Nie można bowiem uważać za normalne przygotowanie do samodzielnej pracy Jego asystentury na klinice prof. Jefremowskiego, tego chirurga „po prikazu", dla którego otwarcie ropnia stanowiło już poważną operację. To też po zdobywanie wiedzy prof. Sawicki udawał się na Zachód, do Niemiec i Francji, dokąd czasami po parę razy do roku wyjeżdżał, przywożąc stamtąd nietylko nowe instrumenty i przyrządy techniczne, ale i nowe idee i nowe pomysły operacyjne, które na Swym warsztacie wypróbowywał, zdobywając coraz większą wiedzę i coraz większe doświadczenie. Jako człowiek wielkiej dobroci zwracał się do chorych z prawdziwie chrześcijańską miłością bliźniego, nie żywiąc różnicy między maluczkimi a wielkimi tego świata, i nieraz się zdawało, że ratując bezinteresownie biedaka, zaniedbywał pałace, gdzie sute honorarja na Niego czekały. Zbliżając się do łóżka ciężko chorego, widział On w nim nie objekt, przy którym będzie mógł zabłysnąć Swą wiedzą i zaimponować sprawnością Swej ręki, ale nieszczęśliwego, któremu w najszybszym czasie i w najskuteczniejszy sposób należy powrót do zdrowia ułatwić. Nic też dziwnego, że chorzy, którzy mają instynkt odczuwania uczuć, z jakiemi lekarz do nich się zwraca, darzyli Go nietylko wielkim szacunkiem i zaufaniem, ale sercem za serce Mu płacili. I tu, obok wielkiej wiedzy, leży tajemnica tego wielkiego powodzenia, tej wielkiej praktyki, jaką Sobie prof. Sawicki już w młodych latach pozyskał. Już bowiem po krótkim czasie działalności imię Jego staje się w kraju znanem, a sława Jego sięga daleko, hen przez Bug i Wartę. Ten idealny wprost stosunek lekarza do chorego starał się On przekazać Swym współpracownikom, którzy zawsze tłumnie do Niego się garnęli, znajdując w Nim nietylko światłego, ale i wielce chętnego nauczyciela. Ś. p. prof. Sawickiego, jako ordynatora szpitala, interesował całokształt gospodarki szpitalnej, zarówno część lekarska, jak i administracyjna. To też zwiedzając szpitale zagraniczne, a zwiedził

On je prawie w całej Europie, oglądał zawsze wszystkie ich oddziały i badał całą gospodarkę: kuchnię, pralnię, kanalizację i t. p., a że umiał nietyłko patrzeć, ale i widzieć (co nie jest tem samem), był On zapewne najlepszym znawcą spraw szpitalnych w Polsce.

Jako człowiek, odznaczał się ś. p. prof. Sawicki wielką prawością i szlachetnością. Był On człowiekiem naprawdę kryształowego charakteru: żadna złość ludzka, żadna zawiść, żadna intryga nie znalazła nigdy do Niego przystępu. Jako kolega, był On w stosunkach nadzwyczaj poprawny i uczynny ponad zwykłą miarę. Był On przedstawicielem tego starego pokolenia lekarzy, którzy różnią się wybitnie od późniejszych tem, że posiadali oni obok fachowej wiedzy i gruntowne wykształcenie ogólne: zarówno dziedzina literatury, sztuki, filozofji, czy też historji była Mu dobrze znaną. I tem się też tłumaczy to naogół poważne stanowisko lekarza w społeczeństwie i ten szacunek, jakim świat lekarski powszechnie był otaczany, jako zajmujący przodujące stanowisko wśród ówczesnej inteligencji. Że ludzie tego pokroju szczególnie nadają się do zawierania i utrzymywania stosunków z zagranicą, jest rzeczą łatwo zrozumiałą. To też dla stosunków lekarskich, a zwłaszcza polsko-francuskich i polsko-słowiańskich (i tu, i tam brał On wielce czynny udział), śmierć prof. Sawickiego stanowi ciężką i niepowetowaną stratę: niełatwo i nieprędko znajdzie się godny Jego następca.

Odrodzona Polska, przystępując po 150-letniej niewoli do organizacji swych instytucyj państwowych, nie potrafiła wykorzystać w pełni tej wielkiej siły fachowej, jaką w Osobie ś. p. Bronisława Sawickiego posiadała. Wprawdzie Uniwersytet Warszawski zaproponował Zmarłemu zorganizowanie kliniki chirurgicznej, od tej jednak propozycji ś. p. prof. Sawicki uchylił się ze względu na wiek i tylko jako profesor honorowy prowadził wykłady chirurgji ogólnej. Co się tyczy prac naukowych, to ogłosił On drukiem szereg prac wartościowych z różnych działów chirurgji, przyczem na szczególne wyróżnienie zasługują Jego prace z dziedziny operacyj plastycznych, kórych na terenie Polski był prawdziwym pionerem.

Ze śmiercią ś. p. prof. Sawickiego zszedł do grobu człowiek wielkiej wartości, prawdziwej zasługi (obok niezwykłej skromności), znakomity i utalentowany chirurg „z Bożej łaski", światły przewodnik i wielki przyjaciel młodzieży, zacny i uczynny kolega i wzorowy obywatel kraju.

Cześć Jego świetlanej, nieodżałowanej pamięci.

Bł. p. Dr. Maurycy Hertz (1872—1931).

Wspomnienie pośmiertne.

I znów śmierć nieubłagana wyrwała z pośród nas, polskich oto-laryngologów, jednego z najbardziej cenionych i lubianych kolegów. Pełen życia, werwy, wysokiego poczucia w spełnianiu swych obowiązków lekarskich, nieoceniony konsultant tej naszej najprzedniejszej i najbardziej ubóstwianej rzeszy — artystów, ten lekarz, do którego każdy miał dostęp bezpośredni, który traktował swój zawód z wielkiem umiłowaniem, nie zwracając uwagi na swój czas, wygody osobiste i na każde zawołanie zjawiający się, ażeby hojnie udzielać porady, taki oto kolega nagle schodzi z tego świata! Serce szlachetne, duża wiedza, wysokie wyrobienie techniczne, znamionowały bł. p. Maurycego Hertza. Już w pierwszych czasach swej działalności lekarskiej, jako asystent ś. p. dr. Wróblewskiego, a następnie jako mój współpracownik na oddziale, w szpitalu na Czystem, wykazał On niepospolite zdolności lekarskie i obdarzony wielkim krytycyzmem, niezmiernie pilnie badał chorych i umiał trafnie oceniać istotny stan choroby. Misternie, mając wrodzoną zręczność chirurgiczną, wykonywał zabiegi specjalne bądź to na uchu, bądź w krtani, która to część naszej specjalności najbardziej pociągała Hertza. Zmysł społeczny miał w wysokim stopniu rozwinięty, nie żałował też swego czasu wolnego i gdzie tylko trzeba było pracować dla spraw społeczno-lekarskich, dr. Hertz brał czynny udział, czy to w sądzie, Izby Lekarskiej, czy w Zakładach T. L-skich, czy w tworzeniu nowego szpitala dla dzieci, czy też w pracy naukowej towarzystw lekarskich. Wszędzie był On członkiem czynnym w tych instytucjach i dzięki Jego wielkiemu taktowi w obcowaniu z ludźmi i wielkiej kulturze, imię Jego pozostanie w pamięci społeczeństwa lekarskiego. Jako lekarz-specjalista, będąc z natury rzeczy niezmiernie łagodnego usposobienia, ze specjalną predylekcją odnosił się do *chorego dziecka*. To też widzimy go na stanowisku lekarza ordynatora w szpitaliku dziecinnym przy ulicy Śliskiej, a w reorganizacji tego szpitala brał On czynny udział.

Ogromne rzesze wszystkich warstw społeczeństwa darzyły Go bezwzględnym zaufaniem. Dobrocią serca swego i wielkiem wykształceniem specjalnem całkowicie dr. Hertz zasłużył sobie na to uznanie.

Pochodząc z rodziny, która nielednokrotnie dała dowody swego patrjotyzmu, bł. p. Maurycy Hertz całą duszą oddany był sprawie polskiej i niejednokrotnie przez zaborców moskiewskich był więziony i z dumą i godnością cierpiał za swe przekonania, a mianowicie: za organizowanie konspiracyjne pracy oświatowo-politycznej aresztowany był w latach 1894—1896, a w 1896 skazany był na 2-letnie zesłanie w głąb Rosji. Po powrocie przez pół roku więziony był w X Pawilonie Cytadeli. W roku 1905 aresztowany i osadzony na Pawiaku.

Cały szereg prac naukowych ogłosił On drukiem, z których to prac należy specjalnie wyróżnić następujące: 1. Gruźlica gardzieli u dzieci. 2. O wyroślach adenoidalnych. 3. Zapalenie zatok nosa i powikłania oczne. 4. Ostre zapalenie ucha środkowego u ssawców. 5. Choroby ucha na wojnie i ich leczenie. 6. Wstrzykiwania parafiny w oto-ryno-laryngologji. 7. Powikłania po operacjach wyrośli adenoidalnych. 8. Owrzodzenia gruźlicze podniebienia, dziąseł, szczęki górnej oraz prawego skrzydła nosowego. 9. Ostra gruźlica gardzieli u 6-letniego dziecka. 10. O wpływie insuliny na przebieg spraw ropnych ucha średniego u dyabetyków. Prócz tego ogłosił liczne prace o charakterze społeczno-lekarskim.

Prace naukowe bł. p. D-ra Hertza cytowane będą zawsze w odnośnej literaturze lekarskiej jako wartościowe.

Nauka polska poniosła wielką stratę przez przedwczesną śmierć, która nastąpiła dnia 23-go stycznia w Krynicy, bł. p. Maurycego Hertza, nieocenionego pracownika. Liczni Jego koledzy, przyjaciele i pacjenci nigdy nie zapomną tej świetlanej postaci.

Cześć Jego pamięci!

D-r Leopold Lubliner.

25 stycznia 1931 roku.

Z klinki oto-rhino-laryngologicznej U. J. w Krakowie, Dyrektor: Prof. Dr. Med. Aleksander *Baurowicz.*

Leczenie błędnikowych powikłań w przypadkach ropnego schorzenia ucha środkowego.

Podali: Dr. Med. JAN MIODOŃSKI, asystent kliniki i Dr. Med. TADEUSZ NODZYŃSKI, asystent kliniki.

Paralabyrinthitis (Benesie-Mayer) oraz labyrinthitis circumscripta.

1) Helena S., lat 17, służąca, zgłosiła się 22.IV 1928 r. W wywiadach od lat leje się z ucha lewego, od pół roku okresowe bóle głowy, poczem występuje obfitsza wydzielina, a bóle ustają. Od mniej więcej 6-ciu tygodni uważa, że przy schylaniu się, a także i bez widocznej przyczyny, występują ataki krótkotrwałe zawrotów i szumów, nieraz silne.

Wziernikowo: wydzielina ropna—granulacje w uchu środkowem lewem, prawe ucho bez zmian. *Cochlearis*: prawe: szept 6 m., lewe: mowa potoczna $1^1/_2$ m. Weber w lewo. Schw. przedłużony. Rinne— *Vestibularis*: drżeń samoistnych brak, objaw przetokowy 0, Ny kaloryczny plus, obrotowy Ny horyzontalny w lewo 22″, w prawo 19″.

Neurologicznie: lekka bolesność uciskowa lewej gałki ocznej. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 37.2^0, tętno 80.

Operacja radykalna: wyrostek skostniały, w antrum i uchu środkowem granulacje, których część ostrożnie usunięto pincetą. Do tyłu od bloku labiryntowego głęboko sięgająca pneumatyzacja drobnokomórkowa. Przebieg gojenia gładki. Szumy i zawroty zniknęły. Wyleczona i wypisana 30.VI 1928 r.

2) Zofja S., lat 40, na utrzymaniu—zgłosiła się 27.X 1929 r. ze skargami na bóle i zawroty głowy i zwiększenie wydzieliny ropnej od dwóch tygodni. Z ucha lewego leje się od lat z przerwami.

Wziernikowo: ucho lewe: perforacja brzeżna w tylno górnej części błony, wydzielina ropna w przewodzie. Ucho prawe: błona—ćma, zaciągnięta.

Cochlearis: prawe—szept, niskie tony 4 m., wysokie—5 m., lewe: potoczna 3 m., Weber w lewo. S. przedłużony. Rinne —.

Vostibularis: drżenia samoistne w skrajnych bocznych nastawnicze, przy kompresji jakby wolna faza w prawo. Kaloryczna plus, obroty na horyz. w prawo 17″, w lewo 21″.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 37.1, tętno 78.

Operacja radykalna: kosteczki słuchowe bez zmian. W okolicy szczytu kanału poziomego i okienka owalnego granulacje, których nie ruszano. Plastyka Körner-Passow—ranę pierwotnie zaszyto.

Gojenie następcze początkowo gładkie, tylko okolice kanału poziomego tworzą bujniejszą ziarninę. 28.XI rana prawie całkowicie pokryta przyskórkiem, tylko okolica przewodu poziomego produkuje nieco ropy. Na żądanie własne chora wypisana dochodzi na opatrunki. Po trzech tygodniach chora znika i zgłasza się dopiero 23.VI 1929 r. z tem, że przez dwa miesiące czuła się dobrze, poczem znowu wystąpiły zawroty. Rana pokryta przyskórkiem, w okolicy przewodu poziomego maleńka granulacja pokryta strupkiem. Drżeń samoistnych brak, przy kompresji drżenie horyzontalne w lewo. Mowa potoczna akcentowana 2 m. Na pobyt w klinice chora się nie zgadza. Raz jeszcze zgłosiła się (z powodu angina cat.) 23.V 1930. Rana uszna wygojona zupełnie, mowa potoczna akcentowana 2 m. W-lewo, obroty na horyzont, w prawo 16″ drobniutkie, w lewo 22″ żywe.

3) Wilhelm T., lat 44, starszy posterunkowy P. P. zgłosił się 10.V 1929 r. ze skargami na zawroty napadowe, trwające po kilkanaście dni, uczucie ciężaru w głowie, nudności oraz upośledzenie słuchu na uchu lewem. Przed sześciu laty miał być postrzelony w okolicy lewej skroni i od tego czasu datuje się ropotok.

Wziernikowo: maleńka perforacja w błonie wiotkiej, nieco zaschłej wydzieliny w uchu lewem. Ucho prawe bez zmian.

Cochlearis: lewe ucho: mowa potoczna 1 m. W. w lewo. R.—S. przedłużony. Prawe: szept 6 m.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak, przetokowy 0, kalorycznie plus, obrót na horyz. w prawo 20″, w lewo 22″.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: ogólna otyłość. Temperatura 36.8, tętno 72.

Operacja radykalna 14.V 1929 r. W jamie nadbębenkowej masy serowate, aditus ad antrum szeroki, blok labiryntowy wygładzony, plastyka—ranę od tyłu zaszyto. 21.V znaczy się lekka pareza n. VII we wszystkich trzech gałązkach. Rana wydziela wciąż niewiele. 15.VI okolica bloku pokryta granulacjami. Pareza n. VII wydatniejsza. 1.VII chory skarży się na zawroty przy schylaniu się. Ucisk na granulacje wywołuje duże drżenie horyzontalne. Słuch: mowa potoczna ± 3/4 m. W ośmiodniowych odstępach trzykrotnie naświetlany promieniami Roentgena. 5.VIII granulacje skurczyły się bardzo znacznie,

przybłonek narasta żywo. Zawrotów brak, przy ucisku drżenia słabsze. 23.VII rana pokryta przybłonkiem. Zawrotów brak. Pareza n. VII ledwie się zaznacza. Wypisany 21.XII. Badania kontrolne: mowa potoczna—$^3/_4$ m, obrót w prawo 14″, w lewo 16″. Kalorycznie 100 ctm. ciepłej, drżenie słabe, rotacyjne.

4) Honorata K., lat 16, służąca, przyjęta do kliniki 3.I 1930 r. z powodu ropienia ucha prawego od pięciu lat z przerwami. Przed kilku miesiącami uderzyła się w głowę, wnet potem zaczęła odczuwać zawroty, którym towarzyszyła wzmożona wydzielina z ucha i ból, który ustawał przy obfitszym wycieku.

Wziernikowo: przewód zalany ropą cuchnącą, po oczyszczeniu obfite granulacje w uchu prawem. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: prawe: mowa potoczna, tony niskie 15 ctm., wysokie 25 ctm, lewe: szept 5 m. W. nie orjentuje, S. może przedłużony, R. —.

Vestibularis: drżeń spontanicznych brak, drżenie Brunnera zaznaczone, kalorycznie plus.

Neurologicznie: zniesienie odruchów gardłowych i podniebiennych. Narządy wewnętrzne: vitium cordis compensatum, w wywiadach częste anginy. Temperatura 37.4. Tętno 90.

Operacja radykalna 5.I 1930 r.: Z tyłu od bloku labiryntowego głębokie przestrzenie pneumatyczne, wypełnione ropą i granulacjami, podobnie jak ucho środkowe i antrum. Następcze gojenie gładkie, zawroty ustąpiły zupełnie. Drżenia Brunnera nie stwierdza się, mowa potoczna 1—$1^1/_2$ m. 24.II wypisana jako wyleczona.

5) Anna R., lat 35, krawcowa, zgłasza się 22.I 1930 r. Przed 4-ma miesiącami zgłosiła się poraz pierwszy, gdzie stwierdzono: otitis media mucotica sinistra. Po trzech tygodniach leczenia chora znika. Obecnie podaje, że od 6-ciu tygodni „świat się kręci koło niej“, zawrót przychodzi napadami, a w głowie czuje nieznośny ciężar. W ostatnich dwóch tygodniach ogłuchła zupełnie.

Wziernikowo: w uchu lewem ślad wydzieliny ciągnącej. Błona w swych górnych częściach wypuklona, w tyle, w dole mała perforacja. Wyrostek na ucisk boleśny. Ucho prawe bez zmian.

Cochlearis: lewe: mowa potoczna—poczucie głosu; tylko „sześć“ powtarza; prawe: szept 6 m., W. nie orjentuje się, S. może przedłużony. R —. Stroiki drogą powietrza 0 (od C. do C_4.)

Vestibularis: przetokowy 0, Brunner może ślad, kalorycznie po 300 ctm. zimnej wody drobniutkie rotacyjne drżenie w prawo, prawe kalorycznie plus, obroty na horyzontalne w lewo 22″, w prawo 26″ żywszy, niż poprzedni. Galwanicznie pobudliwośc symetryczna.

Neurologicznie: nadmierna wrażliwość na ból w lewej połowie twarzy, ucisk na lewą gałkę bolesny. Narządy wewnętrzne: status asthenicus.

Operacja radykalna: cały wyrostek zamieniony na miazgę ropno granulacyjną. Zatokę żylną odsłonięto na przestrzeni wielkości fasoli. Do tyłu od labiryntu angulus petrosus bardzo głębokie przestrzenie pneumatyczne, ropa i granulacje. Opony na móżdżku odsłonięto na przestrzeni opuszki dużego palca. Przestrzeń do tyłu od n. VII bardzo głęboka ropa, granulacje. Zmian makroskopowych na labiryncie nie stwierdzono. Gojenie przedłuża wydzielina okolicy hypotympanum. 7.XI rana pokryta przybłonkiem, tylko promontorjum pokryta wydzieliną śluzową. Mowę głośną ad concham powtarza. Wypisana.

6) Adam O., lat 19, wyrobnik, zgłasza się 31.V z powodu bólu za uchem lewem. Zawrotów nigdy nie odczuwa; z ucha lewego leje się od lat.

Wziernikowo: ucho lewe: błony i kosteczek brak. Wypłóczyna zawiera masy serowate. Ucho prawe bez zmian; wyrostek za uchem lewem bardzo bolesny.

Cochlearis: ucho lewe: mowa potoczna 30 ctm., prawe: szept 6 m. W. w lewo. S. przedłużony. R. ujemny.

Vestibularis: drżeń brak, kaloryczna plus, przetokowy 0. Obroty na horyzontalne w prawo 20″, w lewo 22″.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temperatura 37.5. Tętno 80.

6.VI operacja radykalna. Perlak wielkości orzecha laskowego wypełnia antrum, aditus i epitympanum. Blok labiryntowy bez zmian. Plastyka. 6.VII chory żali się na zawroty i nudności. Mowa potoczna $1^1/_2$ m. W. w lewo. Drżenia spontaniczne II w prawo, wskazuje i pada w lewo: Padanie zawrotom głowy posłuszne.

Kalorycznie: ucho lewe (kwas borowy 3%) 18^0. Występuje natychmiast drżenie horyzontalne w lewo i kończy się wraz. Ucho lewe 42^0 100 ctm odczyn identyczny. Obrót na horyzontalny w prawo.

Drżenie w lewo trwa 30″ żywe. Obrót w lewo: wzmożenie wydatne drżenia spontanicznego na 22″. Wybitna nadwrażliwość galwaniczna ucha lewego (A i K lewe 2 m. a, Ą i K prawe 7 m. a).

Przy kompresji drżenie horyzontalne w lewo.

Neurologicznie, okulistycznie bez zmian. Punkcja—stosunki prawidłowe. Temperatura 36.7. Tętno 72. 20.VII. Rana prawie zupełnie

pokryta nabłonkiem. W okolicy przewodu horyzontalnego granulacje. 6.VIII wypisany na własne żądanie.

26.VIII zgłasza się do kontroli. Rana pokryta nabłonkiem. Jedynie w okolicy ujścia trąbki wydzielina śluzowa.

Cochlearis: status quo ante.

Vestibularis: drżeń brak, przetokowy 0, kaloryczna 0, obrotowy Ny poziomy w prawo 20″ w lewo 22″.

7) Piotr R, lat 27, składacz. Przyjęty 30.WI 1928 r. Od dwóch tygodni silne bóle głowy i obrzęk za uchem prawem. Z ucha prawego wyciek trwa oddawna, kilkakrotnie miewał zawroty.

Wziernikowo: ucho prawe: przewód zewnętrzny wypełniony polipami. Obrzęk ciastowaty za uchem. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: ucho prawe: mowa potoczna — ad concham, ucho lewe: szept 6 m. W. w prawo. S. przedłużony. R. ujemny.

Vestibularis: ucho prawe kalorycznie 0. Obroty: Ny horyzontalis w prawo 20″ żywe, w lewo 16″ bardzo słabe, wolne. Przetokowy 0 (może jest zboczenie w lewo).

Neurologicznie bez zmian. Narządy wewnętrzne dilatatio cordis (sportowiec), temperatura 37.8, tętno 87.

3.XII operacja radykalna. Ropień podokostnowy, kość gąbczasta, rozległy ropień okołozatokowy. W antrum i na przewodzie poziomym granulacje, gdy zaczęto je usuwać, ukazuje się powierzchnia chropowata.

Opatrunek. 6.XII dreszcz wstrząsający, temperatura 40^0. Zmiana opatrunku.

7.XII. Temperatura najwyższa 37.8, dalszy przebieg gładki, rana pokrywa się nabłonkiem.

23.I. Słuch $^1/_2$ m. potoczna.

Obroty: Ny horyzontalny w prawo 17″, — drżenie dość żywe, w lewo 16″, drżenie słabsze. Wypisany.

8) Emil B., lat 30, robotnik, zgłasza się 14.III 1929 r. Głuchy zupełnie, pisać nie umie. Na prawe ucho ogłuchł dawno, na lewe przed kilku miesiącami. Od 10-ciu dni ból za uchem lewem, gorączka.

Wziernikowo: ucho lewe: w przewodzie ropa cuchnąca, duży polip. Wyrostek uciskowo bolesny. Ucho prawe: błona ćma.

Cochlearis: powietrznie obustronnie 0, kostnie czuje tylko wibracje stroikowe.

Vestibularis: drżeń spontanicznych brak.

Kalorycznie: ucho lewe: po 50 ctm^3 (18^0 kwas borowy rurka Hartmanna), drżenie czysto rotacyjne trwa 30″. Przetokowy 0. Ucho

prawe 10 ctm^3 18^0 po 20″ drżenie hor.-rot. trwa 50″. Obroty na horyzontalne w prawem 16″, w lewem 17″.

Neurologicznie: 0, Wassermann z krwi i płynu mózgo-rdzeniowego ujemny.

Narządy wewnętrzne bez zmian, cytologicznie krew bez zmian. Temperatura 37.5, tętno 82.

20.III operacja radykalna na uchu lewem. Antrum i ucho środkowe wypełnione ziarniną, na szczycie przewodu półkolistego poziomego przetoka o brzegach czarnych długości około 3 mm. Plastyka: przebieg po operacji gładki. 18 V wypisany jako wygojony.

9) Antoni S., lat 28, monter, zgłasza 18.III 1929 r. z powodu bólów głowy, głównie w potylicy po stronie prawej oraz zawrotów. Leje się z obu uszu od lat, podobno po odrze. Ucho lewe operowane przed trzema laty, wydziela dalej.

Wziernikowo: ucho lewe: status post. oper. radicalem, promontorium pokryte śluzem, nieco wydzieliny śluzoworopnej. Ucho prawe: wydzielina ropna obfita, przewód wypełniają granulacje.

Cochlearis: głos zaakcentowany na prawo od 40—80 ctm, lewe 7 m. W. w lewo, S. przedłużony R. —.

Vestibularis: — drżenie spontaniczne stop. I-go chwilami także II hor. rot. z przewagą rotacyjnego w lewo. Przetokowy. Lekki ucisk na tragus wywołuje bardzo silne drżenie. Hor. rot. w prawo (3-go stopnia). Obroty: Ny horyzontalne w prawo 16″ (25 drgnień). średnio dużych hor. rot. zawrotu nie czuł. Obrót w lewo 10″ 16 drgnień, słabe — zawrot. Obrót w prawo z głową w tył (odchylenie głowy w tył daje żywe drżenie hor. rot. na 8″). W lewo 16″ reakcja wydatna, poczem samoistne. Obrót w lewo: głowa w tył 18″ drżenie bardzo żywe.

Kalorycznie: ucho prawe 100 ctm. zimna nie wywołuje zmiany spontanicznego, 100 ctm. ciepła bez widocznej reakcji. Ucho lewe: 20 ctm. zimna, drżenie zatrzymane.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne, bez zmian. Temperatura 37.3, Tętno 78.

6.IV operacja radykalna ucha prawego: okolica bloku labiryntowego pokryta granulacjami, podobnie ucho środkowe, część ich usunięto pincetą. Plastyka. Opatrunek. Rana goi się szybko, chory czuje się dobrze. 23.V Rana pokryta zupełnie przybłonkiem.

Cochlearis: ucho prawe: poczucie mowy potocznej, A i C_4 uderzone silnie słyszy (bębenek Baranyego w lewem). Ucho lewe: jak poprzednio.

Vestibularis: obroty na horyzontalne i czołowe (głowa w tył) identyczne z poprzedniemi. Przetokowy uciskowo i aspiracyjnie 0. Wypisany jako wyleczony.

10) Wiktorja R., lat 26, służąca, zgłasza się 17.I 1930 r. Z obu uszu wycieki od lat wielu, gdy wydzielina ustaje, zjawiają się silne bóle głowy i szum w uchu prawem. Przed 4-ma laty i powtórnie kilku miesiącami miała kilka razy wymioty, zawrotów nie odczuwała.

Wziernikowo: ucho lewe: błona różowa wciągnięta, w części tylko dolnej;—granulacje. Ucho prawe: przewód zwężony, drożny tylko dla sondy, która napotyka na gołą kość. Wydzielina cuchnąca.

Cochlearis: ucho lewe: szept 10—40 ctm. Ucho prawe: mowa potoczna 10—30 ctm. W. nie orjentuje się. S. przedłużony.

Vestibularis: ucho prawe (przez rurkę Hertmanna) reakcja żywa, drżenie czysto horyzontalne. Ucho lewe: wybitna reakcja. Przetokowy: przy ucisku pneumatycznym prawego, kilka drgnień rotacyjnych w prawo. Obroty na horyzontalne: w prawo 22", w lewo 11". Obroty z głową w tył w prawo 11", w lewo 13".

Pobudliwość galwaniczna przedsionka prawego żywsza (Katoda: lewe ucho: 7 M A drżenie I-go stopnia w lewo, katoda, prawe ucho 3. 5 M A, drżenie I-go stopnia w prawo. Anoda: lewe ucho 8 M A I-go stopnia w prawo, anoda prawe ucho: 3 M A — I-go stopnia w lewo). Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne. Temperatura 36.8. Tętno 70.

Operacja radykalna na uchu prawem: przetoka w tylnej ścianie przewodu kostnego, idąca ku antrum, granulacje w uchu środkowem, na bloku labiryntowym, usunięto je pincetą częściowo. Granulacyj trzymających się bloku nie skrobano. Plastyka. Opatrunek. W pierwszych dniach po operacji drżenie spontaniczne I-go czasem, II stopnia w lewo, zawrotów nie czuje. Rana goi się gładko. Wypisana. Stan funkcjonalny jak poprzednio.

11) Józef J., lat 28, urzędnik, zgłasza się 25.III 1930 r. Na lewe ucho nie słyszy od lat 5-ciu rzekomo po urazie piłką, po kilku dniach pojawił się wyciek, trwający z przerwami do tej pory. Od 4-ch miesięcy ogłuchł na ucho prawe. Jak dawno z niego cieknie, nie wie. Ogłuchnięcie to nastąpiło stopniowo w ciągu 3-ch tygodni, towarzyszyły mu zawroty. Odczuwa je do tej pory. Głowa obecnie nie boli, w ciągu ostatnich tygodni bolała.

Wziernikowo: ucho lewe: błona zaciągnięta, z promontorjum zrośnięta, w tylno-górnej części perforacja brzeżna, ślad wydzieliny

ropiastej. Ucho prawe: błony brak, granulacje wypełniają w zupełności ucho środkowe.

Cochlearis: ucho lewe: rozumie mowę akcentowaną ad concham. Ucho prawe: ma poczucie mowy akcentowanej, słyszy dzwonek i a1.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Kaloryczna 0, obroty na horyzontalne w prawo 15″ drobne, słabe, wolne, w lewo drżenia żywsze 25″. Przetokowy 0.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temperatura 36.8, tętno 72. Leczenie konserwatywne ucha prawego nie prowadzi do żadnego efektu, z okolicy attyku ropa wydziela się nierównomiernie.

14.IV operacja radykalna: granulacji w uchu środkowem oraz na bloku labiryntowym nie skrobano, plastyka według Körner Passowa, opatrunek.

W pierwszych tygodniach wydzieliny cuchnącej bardzo dużo, na bloku labiryntowym pojawia się kawałek obnażonej kości, która jednak zaczyna pokrywać się ziarniną, wydzielina zmniejsza się znacznie, nabłonek zwolna wkracza w głąb rany. Słuch utrzymuje się stale jako poczucie mowy głośnej. Badanie kontrolne przed wypisaniem chorego. Słuch jak poprzednio. Obroty na horyzontalne w prawo 13″ (14 drgnień), w lewo 16″ (23 drgnień), obroty z głową w tył w prawo rotacyjne 12″, w lewo 13″.

12) Józef P., lat 24, robotnik, zgłasza 1.IV 1930 roku. 3 lata temu chorował na szkarlatynę—odtąd datuje się pogorszenie słuchu. Słuch pogarszał się coraz bardziej na uchu lewem, a przed rokiem skrzywiło mu twarz, zawrotów nie odczuwał.

Wziernikowo: ucho lewe: w przewodzie nieco wydzieliny. Po oczyszczeniu widać przez perforację w attyku część trzonu l. kosteczki, zgłębianiem trafia się na gołą kość. Ucho prawe: drobna perforacja w zakresie błony wiotkiej. Nieco zaschłej wydzieliny.

Cochlearis: lewe ucho: głos potoczny 30 cm., prawe ucho: 2 m. W. nie orjentuje się. S. ze sutkowego prawego dłuższy niż z lewego.

Vestibularis: drżeń spontanicznych brak, przetokowy. Obroty na przewody horyzontalne w prawo: drżenie lekko skośne dolne 14″ w lewo drżenie horyzont. żywsze trwa 17″. Obrót w prawo: głowa w tył 10″, w lewo głowa w tył, drżenie znacznie gorsze trwa około 10″.

Neurologicznie: Ciężka pareza n. VII lewego (3 gałązki). Zresztą bez zmian. Narządy wewnętrzne: B. Zm. 7. Temper. 36.8, tętno 70.

Operacja radykalna ucha lewego, znaleziono w zakresie tylnej ściany przewodu 2 sekwestry, po wykonaniu radykalnej dobyto

martwiak noszący ślady tylnej części przewodu poziomego i szczytu czołowego. Opatrunek.

Rana początkowo wydziela bardzo obficie, następnie goi się. Pareza n. VII cofnęła się wydatnie. Słuch w lewem uchu pogorszył się tak, że powtarza tylko 73 i 77 (akcentowane ad concham). Obroty dokładnie jak powyżej. Wypisany jako wyleczony.

13) Józef R., lat 58, stolarz, zgłasza 26.I 1930 r. z powodu dreszczy, gorączki i obrzęku za uchem lewem. Poprzednio zgłaszał się kilkakrotnie do poradni z powodu t. b. c. nasi. Odkąd wydziela ucho, nie pamięta. Od 5-ciu miesięcy leczy ucho, odkąd mu zwrócono uwagę na chorobę uszną. Od dwóch tygodni wydzielina z ucha obfita, ból za uchem, gorączka.

Wziernikowo: ucho lewe: przewód opadnięty — phlegmona za uchem. Ucho prawe: bez zmian.

Cochlearis: Ucho lewe: potoczna ad concham, W. w lewo. Ucho prawe: szept 4 m.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Kalorycznie 100 cm^3 gorącej plus. Obroty na przewody poziome w prawo 22″, w lewo 20″.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: Infiltratio apicum, temperatura 39.4, tętno 120.

Operacja radykalna. Wyrostek wypełniony ropą i granulacjami, które szeroko docierają do opon średniej i tylnej jamy czaszkowej. Ucho środkowe, blok labiryntowy pokryte wiotkiemi granulacjami. Opatrunek.

29.I temperatura spada do normy, utrzymuje się tak przez 4 dni, poczem dreszcz, temperatura 40^0, obrzęk skóry na tyłogłowiu erisipelas. Przeniesiony na oddział zakaźny, skąd wypisany zgłasza się ambulatoryjnie do dalszego leczenia. Badanie mikroskopowe wydobytych granulacyj wykazuje cechy sprawy gruźliczej. Ucho wydziela miernie, wytwarza wiotką ziarninę, brak tendencji do zabliznienia i narastania przybłonka. 20.IV przy opatrunku chory skarży się na zawrot, przy ucisku na granulacje drżenie horyzontalne w lewo. Słuch: mowa potoczna ad concham. W. w lewo. Drżenie spontaniczne 1^0 i 2^0 stopnia w prawo oraz 1-go stopnia w lewo. Obroty na przewody horyzontalne w prawo 23 drgnień trwa 15″, w lewo 17″. Obrót z głową w tył: w prawo drżenie rotacyjne w prawo 13″, w lewo 16″. Nadwrażliwość galwaniczna (anoda, katoda) strony lewej. Bujające granulacje ostożnie wyskrobano — lampa kwarcowa, roentgen. Pozostaje w leczeniu.

14) Filipina S., lat 38, kierowniczka ochronki, zgłasza się 20.III 1930 r. Z ucha prawego leje się od wielu lat, w ostatnich miesiącach ataki zawrotów, podobno i przed laty bywały podobne.

Wziernikowo: W uchu prawem przez dużą perforację brzeżną z przodu i u góry wyzierają granulacje, z pomiędzy których przeglądają masy serowate. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: Ucho prawe: poczucie głosu potocznego ad concham, ucho lewe 6 m. (szept). W. w środku, S. lekko skrócony.

Vestibularis: Drżenie horyzontalne 1 stopnia w lewo. Romberg na palcach, pada w prawo, padanie zwrotom głowy posłuszne. Przetokowy 0. Kalorycznie 0.

Obroty na prz. horyz. w prawo: szybkie czysto horyzontalne 21″ ślad zawrotu, w lewo drżenie słabsze hor. 9—10″ zawrót mniejszy. Obrót na czołowe 10/10.

Neurologicznie: Bóle w prawej połowie głowy, bolesność uciskowa prawej gałki ocznej.

Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temperatura 36.6, tętno 72. Do 14.IV leczenie konserwatywne. 14.IV skargi na bóle głowy bardzo silne. Słuch jak poprzednio. Galwanicznie anoda i katoda z prawego daje reakcje łatwiej niż z lewego, różnica 1—1.4 M A.

Operacja radykalna. Granulacje i masy perlakowate w antrum i uchu środkowem, granulacyj z bloku labiryntowego nie usuwano. Plastyka, opatrunek. Następowe gojenie gładkie. 13.V rana wygojona. Bóle głowy zniknęły. Mowa potoczna ± 1/2 m., obrót na horyzont. w prawo drżenie żywe 17″, w lewo drżenie słabe 12″. Obrót w prawo, głowa w tył, prawie bez reakcji, w lewo drżenie drobne, szybkie 9.

15) Aleksander M., lat 30, urzędnik prywatny, przyjęty 22.V 1930 r. Leje się z ucha lewego po odrze. Miał wyciągane parokrotnie polipy. Od 3-ch tygodni uczuwa zawroty i migotanie przed oczyma. Zawroty zauważył w czasie ucisku na ucho przy myciu.

Wziernikowo: prawe ucho bez zmian, lewe u.: przewód wypełniony ziarniną.

Cochlearis: prawe ucho: szept 5 m., lewe ucho: mowa głośna ad concham. W. w środku. S. w normie.

Vestibularis: Drżenie samoistne pionowe I stopnia w prawo, ucisk na tragus lewy wywołuje drżenie horyzont. w lewo szum.

Obroty na horyzontalne w prawo 9″, w lewo 21″.

Neurologicznie bez zmian. Narządy wewnętrzne enterocolitis chronica.

Operacja radykalna: wyrostek skostniały, w antrum ropa i ziar-

nina, również w uchu środkowem ziarninę usunięto pincetką. Plastyka, opatrunki.

Rana goi się dobrze, ucisk na ziarninę wywołuje ciągłe zawroty. Mowa głośna ad concham. Pozostaje w leczeniu. Labyrinthitis serosa.

16) Stanisław C., lat 29, rolnik, zgłosił się 31.VIII 1928 r. ze skargami na napadowe zawroty, od miesiąca trwające, wymioty od tygodnia. Z ucha lewego leje się od roku. W ostatnich dniach wydzieliny więcej, bolesność za uchem.

Wziernikowo: ucho lewe: opadnięcie tylno-górnej ściany, w szczelinowatem świetle widoczna granulacja, z nad której wydobywa się wodnista wydzielina. Ucho prawe: błona wciągnięta.

Cochlearis: Ucho lewe mowy potocznej nie słyszy, prawe 4 m. W. nie orjentuje się.

Vestibularis: drżenie spontaniczne 2-go stopnia w prawo, wskazuje w lewo, pada (Junger) w lewo, padanie odpowiednie do zwrotów głowy.

Kalorycznie: prawe ucho — plus, lewe ucho — bez dostrzegalnej zmiany. Obroty na horyzont. w lewo—drżenie żywe 28″, w prawo—3 drgnienia. Objaw przetokowy 0.

Badanie neurologiczne: lekkie obniżenie napięcia lewej połowy ciała. Narządy wewn.: T. b. c. fibrocaseosa, temp. 37.2, tętno 88.

Operacja radykalna: wśród granulacyj wiotkich martwiaki, blok bez makroskop. zmian. Badanie mikroskopowe granulacyj wykazuje komórki olbrzymie. 7.IX drżenie wskazywało 0. Przebieg gojenia gładki. 17.X słuch: lewe ucho: poczucie mowy potocznej, kalorycznie 0. Drżenie w prawo 16″, w lewo 23″. Chory przybył na wadze o 7 kg. Wypisany jako wyleczony.

17) Antoni B., lat 52, ogrodnik, zgłasza się 1.IX 1930 roku. Od dwóch dni strzykanie w uchu prawem—wymioty, chodzi jak pijany, świat kręci się w koło.

Wziernikowo: Ucho prawe: błona zaróżowiona wypuklona, ucisk na wyrostek sutkowy bolesny. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: prawe ucho: potoczne 2 m., lewe ucho: 6 m. (szept). W. w środku R. A. plus minus.

Vestibularis: Drżenie spontaniczne 2-go stopnia w lewo, wskazuje, pada w prawo, padanie odpowiednie do zawrotu głowy.

Kalorycznie plus, obrót na horyzontalne w prawo, wzmożenie drżenia w lewo—zatrzymanie na 12″.

Neurologicznie: prawa gałka oczna na ucisk bolesna, ból głowy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 38.8, tętno 100.

2.XI wykonano paracentezę. Hemthysal. Słuch 1 m., drżenie, wskazywanie bez zmian. Temp. 38.4, tętno 105. 3.XI słuch spada ad concham. 5.XI antrotomia—wyrostek przekrwiony silnie spneumatyzowany. 6.XI temper. 39, uczucie zimna, drżenie utrymuje się. 7.XI temperatura 38, drżenie słabsze. 9.XI temperatura 37, zawrotu brak, głowa nie boli, drżenie 1-go stopnia, opatrunek, słuch: potoczna 1 m. 14.XI drżenia brak. 16.XI słuch 2 m., kalor. plus. Dalszy przebieg gładki.

18) Franciszek D., lat 16, uczeń. 15.VIII 1928 r. wyciek z ucha lewego od lat wielu, od 4-ch dni ból za uchem i wzmożenie wydzieliny.

Wziernikowo: ucho lewe: błony brak, granulacje. Ucho prawe bez zmian.

Cochlearis: ucho lewe: mowa potoczna ad concham, ucho prawe 6 m. (szept). W. w lewo, S. przedłużony, R. —.

Vestibularis: drżeń spontanicznych brak. Kalorycznie plus, obroty na horyzont. 22/22. Przetokowy 0.

Neurologicznie bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 37.2, tętno 80.

22.VIII operacja radykalna: wyrostek silnie przekrwiony, w antrum ropa, w uchu środkowem granulacje. 24.VIII ból głowy, temp. 37.8. 25.VIII wymioty, zawroty, drżenie horyzont. rot. 2-go stopnia w prawo. Słuch 0. Punkcja: ciśnienie (aparat Seligera) 120, pleocytoza 0. Opatrunek, urotropina. 26.VIII drżenie utrzymuje się, temperatura 37.1. 28.VIII drżenie 2-go stopnia słabe, głowa nie boli. 1.IX drżenie 1-go stopnia w prawo. Punkcja: ciśnienie 110, pleocytoza 0. 7.IX drżenie tylko chwilami 1-go stopnia w prawo. Kalorycznie plus, słuch: potoczna mowa ad concham. Po trzech tygodniach wypisany do ambulatoryjnego leczenia.

19) Agnieszka S., lat 13, córka rolnika, zgłosiła się 9.XII 1929 roku. Z lewego ucha leje się od lat wielu, od tygodnia obrzęk, bolesność za uchem.

Wziernikowo: ucho prawe bez zmian, ucho lewe: perforacja brzeżna, wydzielina obfita, przepłóczyna o typie mlecznym. Obrzęk za uchem lewem.

Cochlearis: ucho prawe 6 m. (szept), ucho lewe ½ m. W. w lewo, S. — przedłużony.

Vestibularis: drżeń spontanicznych brak. Kalorycznie plus. Obroty na horyzont. w prawo 22″, w lewo 20″. Przetokowy 0. Neurologicznie bez zmian. Narządy wewnętrzne: asthenia. Temper. 38, tętno 95.

Operacja radykalna: w antrum i attyku granulacje. Plastyka:

Körner, Passow. 13.XII wymioty, drżenie horyzont. rot. 2-go stopnia w prawo, wskazuje w lewo, mowa potoczna $^{1}/_{2}$ m. W. w lewo. Kalorycznie (ciepły kwas borowy 42^{0}) drżenie rotacyjne w lewo. 15.XII drżenie 2-go stopnia, cochlearis $^{1}/_{2}$ m. Kalorycznie: drżenie skośne lewe górne. 17.XII: kalorycznie 0, cochlearis: potoczna mowa $^{1}/_{2}$ m. W. w lewo. 20.XII drżenie 2-go stopnia słabsze. 27.XII drżenia brak. 28,I temperatura 38.3, bronchitis diffusa. 12.II bez temperatury — ojciec zabiera chorą (badanie czynnościowe błędnika jak ostatnio). Labyrinthitis purulenta acuta (destructiva acuta).

20) Franciszka W., lat 17, córka kolejarza, zgłasza się 2.V ze skargami na bóle głowy, zawroty, wymioty od tygodnia. Z lewego ucha leje się od lat z przerwami.

Wziernikowo: ucho prawe bez zmian, ucho lewe: błony brak, promontorjum pokryte granulacjami, wyrostek bolesny na ucisk.

Ccohlearis: ucho prawe—szept 6 m., ucho lewe—powtarza tylko „woda" (mowa krzycząca), poza tem 0.

Vestibularis: drżenie spontaniczne horyzont. rot. W. w prawo I-go i II-go stopnia. Wskazuje i pada w lewo.

Kalorycznie: ucho prawe—plus, lewe bez reakcji. Przetokowy 0. Obroty na horyzontalne, w prawo drżenie potęguje się, w lewo wstrzymane na 10". Obroty z głową w tył, w prawo rotacyjne 8", w lewo wzmożenie samoistnego.

Neurologicznie: nieznaczna sztywność karku. Kulenkampf—plus. Dermografizm—plus, Babiński na prawej—ślad, lewy brzuszny nieco leniwy. Punkcja 190 mm. Pleocyt 12 (complicatio imminens). Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 37.8, tętno 90. Po upływie 2-ch godzin chora słowa „woda" nie powtarza.

Operacja radykalna i labiryntu. W antrum granulacja, blok bez makroskopowych zmian, Neumann I. Opatrunek. Hemthysal, bez zmian. 9.V opatrunek. Drżenie w prawo utrzymuje się, głowa nie boli. Punkcja 180 m. Pleocyt 2. Płyn poprzedniego badania jałowy. 12.V drżenie 1-go stopnia. 15.V chwilami drżenie zrywa się w prawo bocznem. 17.VI wypisana jako wyleczona.

21) Franciszek B., lat 18, syn rolnika, zgłasza się 21.IX 1929 r. ze skargami na zawroty, szum i ból za uchem lewem od 3-ch tygodni. Wymiotował 2 razy.

Wziernikowo: ucho prawe bez zmian, ucho lewe: granulacja w uchu środkowem, bolesność i obrzęk na wyrostku.

Cochlearis: ucho prawe: szept koło 5 m., ucho lewe: mowa potoczna akcentowana oraz C, A, C_2 C_3 C_4 0.

Vestibularis: Drżenie II stopnia w prawo, przetokowy 0. Obroty na horyzontalne w prawo zatrzymany na 5″—8″, w lewo wzmożenie samoistnego.

Neurologicznie: sztywność karku na dwa palce Oppencheim po prawej. Punkcja: ciśnienie 180⁰. Pleocytoza 0 (complicatio imminens). Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 36.8, tętno 72.

Operacja radykalna i labiryntu. Blok labiryntowy pokryty granulacjami, zmian makroskopowych brak. Neuman I — zatoki, opon nie odsłonięto. Przebieg gojenia gładki. Drżenie znika do 9 dni. VII bez zmian. 10.X wypisany do ambulatoryjnego leczenia. Po miesiącu wygojony.

22) Walenty A., lat 40, nauczyciel gimnazjalny, zgłasza się 3.I 1930 roku ze skargami, że w nocy dostał mocnego zawrotu—kręciło się jak na karuzeli. Przed tygodniem usuwano mu polip z ucha lewego. Z ucha lewego leje się z przerwami od 20 lat.

Wziernikowo: ucho lewe: w dole duża perforacja, wydzielina tętni, ucho prawe: błona silnie wciągnięta.

Cochlearis: ucho lewe: głos silnie akcentowany 0, ucho prawe: szept 4 m. W. w prawo. S. 0 5″ krótszy z wyr sutkowego lewego.

Vestibularis: Drżenie horyzontalno-rotac. III stopnia w prawo. Wskazuje intenzywnie w lewo.

Przetokowy 0, kalorycznie 0 (masowe płókanie).

Neurologicznie bez zmian. Punkcja, stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 36.6, tętno 70.

Operacja radykalna i labiryntu. Zatoka dotyka tylnej ściany przewodu (bardzo silna ante i super pozycja). W antrum leżącem pod zatoką masy perlakowe. Średnia jama schodzi bardzo nisko. Ściana zatoki bardzo cienka. Po wykonaniu radykalnej otwarto z trudem labirynt — Botey. Opony tylnej i średniej jamy czaszkowej odsłonięto celem uzyskania pola operacyjnego. W świetle przewodów półkolistych i przedsionka wałki wiśniowo-czarne. 24.I wybitna pareza n. VII we wszystkich 3-ch gałązkach. Drżenie nieco słabsze. Punkcja: stosunki prawidłowe. 27.I drżenie II stopnia. 3.II drżenie I stopnia, poczucie dobre. 14.II drżenie 0. Chory wstaje, galwanizacja n. VII, który wykazuje odczyn zwyrodnienia częściowego. Rana goi się dobrze. 15.III rana pokryta nabłonkiem w zupełności, tylko w okolicy odpowiadającej vestibulum utrzymują się granulacje i skąpa tętniąca wydzielina ropna. Opatrunki przez przewód. Stan VII nieco lepszy. Naświetlanie promieniami Roentgena. 27.IV wydziela się maleńki sekwestr. Poczem rana przestaje wydzielać niemal zupełnie.

VII poprawia się znacznie. Chory dojeżdża do kontroli. Lab. circumscripta recens generalisata.

23) Kazimierz S., lat 23, uczeń, zgłasza się 1.I 1929 r. Przed 3-ma tygodniami złapały go nagle zawroty. Trwały tydzień, poczem powtórzyły się znów po tygodniu. Wymiotował kilka razy. Z prawego ucha leje się od lat z przerwami. Przed 4 laty usuwano mu polipy z tego ucha. Przed 2 dniami ból za uchem. Obecnie głowa nie boli.

Wziernikowo: ucho lewe bez zmian, ucho prawe: błony, kosteczek brak, promontorjum pokryta granulacjami, wydzielina cuchnąca, wyrostek na ucisk niebolesny.

Cochlearis: ucho prawe: mowa potoczna akcentowana 0, stroiki CC_1 A_1, C_2, C_3, C_4 0. Ucho lewe: szept 6 m. W. w lewo, S. skrócony o 10″ (A_1).

Vestibularis: Drżenie spontaniczne II stopnia horyzont. rotac. w lewo wskazuje, pada w prawo. Padanie spontaniczne odpowiednio do zawrotów głowy.

Kalorycznie: ucho prawe: (płókanie masowe) 0. Płókanie ucha lewego (masowe!) ciepłe i zimne nie zmienia drżenia samoistnego. Obroty na horyzontalne w prawo: spontaniczny w lewo nie zmieniony. W lewo — może 3 drgnienia w prawo, poczem spontaniczny. Galwanicznie: A lew. 12 MA wstrzymuje drżenie spontaniczne. Przetokowy pneumatyczny 0.

Neurologicznie bez zmian. Punkcja—ciśnienie 170 mm. Pleocyt 0. Okulistycznie bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 38.5, tętno 100.

Operacja radykalna i labiryntu. W antrum i aditus masy perlakowe, po ich usunięciu widoczna przetoka na szczycie łuku przewodu poziomego oraz przeświecająca czarna smuga odpowiadająca przewodowi czołowemu. Zatoka i opony tylniej jamy odsłonięte. Bez zmian. Labirynt otwarto sposobem Hinsberg II. Po operacji zaznacza się pareza VII. Drżenie utrzymuje się. Temperatura 39.2, tętno 126. Punkcja: ciśnienie 220 mm. Pleocytoza 1900. 4.I Drżenie nieco słabsze, punkcja: ciśnienie 270 mm. pleocyt. 550. Głowa nie boli, poczucie dobre. Klinicznych objawów oponowych brak. W ciągu tygodnia drżenie znika, płyn jałowy. 30.I wybitna pareza n. VII 3. Punkcja kontrolna—stosunki prawidłowe. 25.II rana pokryta przybłonkiem, tylko okolica przedsionka produkuje nieco ropy z pośród ziarniny. Po wydzielaniu się maleńkiego sekwestru okolica przedsionka szybko pokryła się przybłonkiem. Pareza VII 3 zaznacza się tylko przy uśmiechu. Powieki zamyka.

24) Michał R., lat 25, robotnik, przyjęty 30.I 1930 roku. Przed 5-ciu dniami zabolała głowa; zauważył, że chodzi jak pijany. Trzeciego dnia od początku choroby silny zawrót i wymioty, które powtarzają się do tej chwili. Wyciek okresowy z ucha lewego od lat wielu.

Wziernikowo: ucho prawe: błona matowa; ucho lewe: błony i kosteczek brak, wydzielina cuchnąca, w wypłóczynie masy serowate, bolesność uciskowa nad szczytem wyrostka.

Cochlaaris: ucho prawe: szept 5 m., ucho lewe: mowa potoczna akcentowana $CC_1A_1C_2C_3C_4$ 0. W. w prawo. S. skrócony o 7″ (A_1).

Vestibularis: Drżenie spontaniczne III stopnia, w prawo wskazuje, pada w lewo. Padanie zawrotom głowy posłuszne, przetokowy 0.

Kalorycznie (masowa) 0. Obrót na horyzontalne w prawo około 6 drgnień jakby vertykalnych górnych, poczem samoistne w lewo, wzmożenie samoistnego na 22″.

Neurologicznie: sztywność karku na 2 palce, Kulenkampf—plus. Punkcja: ciśnienie 160 mm. Pleocytoza 0 (complicatio imminens). Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 38,0, tętno 78.

Operacja radykalna i labiryntu. Masy perlakowate, w przewodzie horyzontalnym czarna przetoka, opony bez zmian. Ruttin. 31.I Punkcja: ciśnienie 260 mm. Pleocytoza 400. Drżenie III st. utrzymuje się, zawrót mniejszy. Wymiotów brak, głowa nie boli. N. VII bez zmian. W ciągu 4 dni pleocytoza spada do 0, drżenie II słabe. Rana goi się dość dobrze, granulacje bardzo silne. Płyn jałowy. 15.IV prawie cała rana pokryta przyskórkem. 2.V słuch 0. Obroty na horyzontalne w prawo bardzo słabe 9″, w lewo żywe 12″. Wypisany jako wyleczony.

25) Anna G., lat 42, żona górnika, przywieziona 17.V 1930 r. Ucho lewe boli od 2 tygodni. Nacinano jej 3 razy w uchu i dano zastrzyki. W kilka godzin po zastrzyku dostała silnych zawrotów i wymiotów. Odesłano do szpitala. Na ucho lewe zawsze gorzej słyszała, ale się nie lało. Dreszczy nigdy nie czuła.

Wziernikowo: ucho prawe bez zmian, lewe: duży polip zatyka cały przewód. Na polipie widoczne są nacięcia. Po obejściu polipa sondą wylewa się ropa cuchnąca i nieco białawych mas.

Cochlearis: ucho prawe: szept 5 m., ucho lewe: mowa potoczna akcentowana $CC_1A_1C_2C_3C_4$ 0. W. w prawo. S. skrócony.

Vestibularis: Drżenie horyzont. rot. III w prawo, wskazuje silnie w lewo, pada w lewo, chodzi przy pomocy drugiej osoby zataczając się silnie w lewo.

Kalorycznie rurka Hartmana 0 (masowa). Obroty na horyzontalne w lewo, intenzywne wzmożenie samoistnego na 16". W prawo drżenie spontaniczne zatrzymane na 10". Przetokowy 0.

Neurologicznie: ogólne wzmożenie odruchów ścięgnistych. Punkcja: ciśnienie 200. Pleocytoza 16. Narządy wewnętrzne: Tony serca głuche, tętno niemiarowe 90, temperatura 38.1, ucisk na punkt Griesingera i na szyję wzdłuż lewego sterno-cleido bolesny.

Operacja radykalna i labiryntu. W antrum i jamie bębenkowej perlak wielkości fasoli. Na szczycie przewodu poziomego przetoka. Pochewka VII zniszczona, nerw odsłonięty na długości 1 cm w swem przebiegu pod kanałem poziomym. Opony tylnej i średniej jamy oraz zatokę odsłonięto na przestrzeni odpowiadającej opuszcze dużego palca. Labirynt otwarto sposobem Ruttina. Odsłonięta ściana zatoki zgrubiała. 18.V drżenie III st. prawie często rotacyjne utrzymuje się. Punkcja ciśnienia 150, pleocyt 20. N. VII bez zmian. Płyn jałowy. 23.V drżenie znacznie słabsze, punkcja —, pleocyt 0. Dreszcz. Temperatura 38 2. Równocześnie bolesność stawu skokowego prawego. 25.V Temperatura waha się od 36—39.0 Występuje obrzęk okolicy prawego stawu skokowego, bolesność uciskowa nad okolicą lewej żyły jarzmowej wzmożona. 27.V dreszcz, temperatura 39.5. Zatokę odsłonięto od bulbus do confluens. W zatoce zakrzep wiśniowo-czerwony — podwiązanie jugularis. W ciągu następnych 10 dni drżenie spontaniczne z ucha. Punkcja poza wzmożeniem ciśnienia nie wykazuje innych zmian. Temperatura wciąż o typie septycznym. W ciągu całego tego czasu hypodermoklizy, dożylnie Trypaflavina, omnadina. Następuje tygodniowa remisja — poczem znów gorączka hektyczna utrzymuje się przez 5 dni. Stan ogólny pogarsza się z dnia na dzień. 27.VI Exitus.

O b d u k c j a: Thrombosis sinus sigmoidei, transversi petros. sup. dt inf. sagittal. venarum leptomeningt, leptomeningitis, convexitatis reg. parietal. Thrombosis venae cavae inf. et ovaricae dextr. neuritis acuta. Porus internus i jego okolica bez zmian.

26. Maurycy C., lat 42, biuralista, zgłasza się 13.VI. Przed 3-ma dniami dostał silnego zawrotu głowy i wymiotów. Z ucha prawego leje się od lat wielu. Przed 20 laty wyciągano mu polipy z ucha prawego.

Wziernikowo: ucho lewe bez zmian. Ucho prawe—przewód wypełniony polipami, ropa cuchnąca.

Cochlearis: ucho prawe: mowa potoczna akcentowana, stroiki ($C—C_4$), dzwonek 0. Ucho lewe: 6 m. szept. W. w lewo. S. skrócony o 7 (A).

Vestibularis: Drżenie prawie czysto rotacyjne w lewo I, II i nieco poza linją środkową. Wskaz. w prawo niezbyt intenzywnie. Romberg inklinuje lecz nie pada. Junger również inklinuje lecz stoi.

Kalorycznie: prawe (masowa) 0. Przetokowy 0. Obroty na horyzontalne w prawo, wybitne wzmożenie samoistnego na 19″ w lewo: początkowo skośny prawy dolny po 24″ samoistny. Obroty z głową w tył: w prawo przez 11″ drżenie czysto horyzontalne w lewo—potem jak samoistne. W lewo może wzmożenie spontanicznego.

Neurologicznie: lewy brzuszny słabszy, punkcja, ciśnienie 200, pleocytoza 4. Narządy wewnętrzne: ogólna obesitas, tony serca nieco głuche, zaznaczona emphysema. Temperatura 37,0, tętno 80.

Operacja radykalna i labiryntu. W uchu środkowem antrum, polipy, wyrostek skostniały przetoka w poziomem. Usunięto labirynt Hinsberg II. 14.VI drżenie nieco słabsze, zawrotu nie czuje. Temperatura 39.0, tętno 120. Klinicznych objawów oponowych brak. Punkcja: ciśnienie 190 mm., pleocytoza 8 N. VII bez zmian. 15.VI temperatura 40^0 C*t* Pleocytoza 250, ciśnienie 190 mm., objawów oponowych brak, głowa nie boli. Codziennie Hemthysal. W ciągu tygodnia spadek temperatury do 37, pleocytoza spada do zera. Płyn mózgowo-rdzeniowy jałowy. Drżenie I stopnia, chwilami śladzik w pośredniem. Chory czuje się dobrze—pozostaje w leczeniu. Labyrinthitis latens.

27. Wojciech P., lat 16, robotnik, zgłasza się 22.IV 1928 roku. Bóle głowy i za uchem od 4 tygodni. Przed 10 dniami skrzywiło mu twarz. Z uszu leje się od lat wielu. Ucho lewe obecnie nie wydziela od kilku miesięcy.

Wziernikowo: Ucho lewe: perforacja sucha w zakresie błony nadbębenkowej. Ucho prawe: destrukcja, ropa cuchnąca. Wyrostek na ucisk bolesny, obrzęk plastyczny za i nad uchem.

Cochlearis: Mowa akcentowana 0 (prawe ucho). Ucho lewe: mowa potoczna 3 m. W. w lewo, S. nieznacznie przedłużony, R. —.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak, obroty horyzontalne w prawo 15″, w lewo 16″.

Neurologicznie: prawostronna pareza n. VII we wszystkich 3-ch gałązkach, poza tem nihil. Punkcja: stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne: Condensatio apicum, rozlane świsty i furczenie nad szczytem prawym kilka drżeń dźwięcznych (badany przez internistę). Temperatura 38.2, tętno 90.

Wobec dużego podejrzenia na otitis t. b. c. z wtórną infekcją wykonano operację radykalną, w okolicy przewodu poziomego gra-

nulacje: nerw VII odsłonięty leży w granulacjach. Opon zatoki żylnej nie odsłaniano. 23.IV bóle głowy ustąpiły, drżeń brak. W pobranych przy operacji granulacjach komórki olbrzymie. 7.V rana wydziela obficie, strzela nieco wiotkich granulacyj, naświetlanie lampą kwarcową. 22.V okolica ujścia trąbki produkuje bardzo obficie ropę silnie cuchnącą. Sonda natrafia na gołą kość. 23.V przystąpiono do usunięcia martwiaka. Znaleziono 3 martwiaki drobne, noszące ślady, jak się zdaje, przewodów półkolistych. Usunięto resztę labiryntu sposobem Uffenordego z tem, że fundus pozostawiono. Rana produkuje wiotką ziarninę, w okolicy ujścia trąbki znaczna produkcja ropy, stan ogólny gorszy z tygodnia na tydzień, zmiany w płucach coraz rozleglejsze, rzężenia nad obu płatami górnemi. 24.VII Exitus.

Wynik obdukcji: opona, zatoki, mózg bez zmian. W piramidzie prawej rozległe zmiany gruźlicze. Na granicy trąbki kostnej i chrzęstnej jama, zawierająca treść serowatą. W płucach rozległe zmiany gruźlicze, jamy.

28) Józef K., lat 21, ślusarz, zgłasza się 17.III 1930 r. Od tygodnia bóle głowy, wymioty, gorączka i dreszcze. Dawniej miewał kilkakrotnie zawroty głowy, ale głowa nie bolała nigdy. Leje mu się z ucha lewego od lat wielu. Od 8 dni wydzieliny znacznie więcej. Od tygodnia skrzywiło twarz, niedomykanie oka.

Wziernikowo: Ucho lewe: wydzielina cuchnąca, tylno-górna ściana przewodu obniżona, światło szczelinowate. Ucho prawe: błona dość silnie wciągnięta.

Cochlearis: Ucho prawe: szept 3 m. Ucho lewe: mowa akcentowana, stroiki 0. W. w prawo. S.—może nieznacznie przedłużony.

Vestibularis: Chwilami drżenie I stopnia w prawo, obroty na horyzontalne w lewo 16″, żywe drżenie w prawo 12″ nieco słabsze.

Kalorycznie 0. Przetokowy 0. Neurologicznie: Kulenkampf zaznaczony, odruchy ścięgniste, prawostronne żywsze, cerebelarne 0. Punkcja: ciśnienie 240, pleocytoza 0. Bolesność opukowa nad i za uchem aż na potylicę.

Operacja radykalna i labiryntu: wyrostek skostniały, z antrum wydobywa się ropa pod ciśnieniem ($\pm$ 15 cm^3). Ściana zatoki esowatej pokryta granulacjami, gruba. Po rozkuciu trójkąta Trautmanna podobnie przedstawiają się opony na móżdżku. W tegmen antri ubytek, przez który sączy się ropa. Opony średniej jamy odsłonięte na przestrzeni dłoni dziecka. W granulacjach. Ucho środkowe: wewnętrzna ściana antrum pokryta granulacjami, które zaczęto usuwać bardzo ostrożnie. Przewód poziomy na dużej przestrzeni oraz przy-

legająca pochewka n. VII otwarte. Labirynt otwarto sposobem Hinsberga II. Nakłuto zatokę żylną — krew płynna. 18.III. Punkcja: ciśnienie 180, pleocytoza 4. Poczucie dobre. Dalszy przebieg gojenia gładki, stosunki w płynie mózgowo-rdzeniowym prawidłowe. Nerw twarzowy poprawił się wybitnie. W dwa mies. wypisany jako wyleczony.

29) Franciszek G., lat 46 tokarz, zgłasza się 3.VIII 1929 roku. Leje się z ucha prawego od lat 14 rzekomo po grypie. Przed 10 laty miał zawroty napadowe, chodził jak pijany przez dwa miesiące, czuł wtedy szum w uchu prawem. Przed 5 tygodniami bolało silnie w głowie i w uchu. Pocił się dużo i pił wiele. Przed 3 tygodniami zgłosił się do lekarza, ten operował coś w uchu, w nocy zaczęło mu targać twarzą, a rano niedomykał oka i miał krzywe usta.

Wziernikowo: Ucho prawe: w przewodzie granulacje twarde zostawiają w tyle, w dole szczelinę, przez którą sonda uderza w gołą kość. Ucho lewe: błona wciągnięta atroficzna.

Cochlearis: Ucho prawe: mowa akcentowana, stroiki, dzwonek 0. Ucho lewe: 4 m. (szept, niskie gorzej). W. w lewo. S. lekko skrócone.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Obroty na horyzontalne w prawo 12″ żywe drżenia, w lewo 12″ mniej energiczne. Obroty z głową w tył w prawo 7″ rotac., w lewo 10″ nieco żywszy. Kalorycznie: ucho prawe 0, ucho lewe po 100 cm. zimnej słabe drżenie.

Neurologicznie: bolesność uciskowa prawej gałki ocznej hyperalgesia i hyperaesthaesia. V. z prawej, potem bez zmian. Punkcja: stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 37.5, tętno 80.

Operacja radykalna i labiryntu: Hinsberg II, w przewodzie horyzontalnym długa przetoka, facjalis w sąsiedztwie przewodu poziomego odsłonięty. 24.IX gojenie następowe gładkie i szybkie. Opuszcza klinikę wyleczony. N. VII jak w dniu przyjęcia.

30) Wincenty F., lat 24, ślusarz, zgłasza się dnia 12.III 1929 r. z powodu bólów za uchem lewem od dni 10. Oglądanie: obrzęk za uchem lewem.

Wziernikowo: przewód opadnięty, błony nie można dostrzedz, nieco mas serowatych. Ucho prawe bez zmian.

Cochlearis: ucho prawe: szept 5 m., ucho lewe: mowa potoczna akcentowana, stroiki 0. W. w prawo.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak, obroty na horyzontalne 15/15, kaloryczna 0. Przetokowy 0. Neurologicznie bez zmian. Punkcja: stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 36.8, tętno 72.

Operacja radykalna i labiryntu: perlak wielkości orzecha laskowego. Strzemiączka nie znaleziono, przetoki brak. W przewodach półkolistych zbite ciemne wałeczki. Labirynt otwarto sposobem Hinsberga II. Punkcja pooperacyjna: Pleocytoza 3000. Kulenkampf—plus, poza tem objawów oponowych brak. Temperatura 37.5. Drżeń samoistnych brak. Nerw VII bez zmian. 16.III Pleocytoza 1500, chory czuje się dobrze. W przeciągu tygodnia pleocytoza spada do 2 ciałek białych. Płyn jałowy. Gojenie następowe gładkie. 3.V wypisany jako wyleczony.

31) Tomasz J., lat 46, rolnik, zgłasza się 2.V 1929 r. W ostatnich tygodniach odczuwa ból w prawej połowie głowy — strzykanie w uchu prawem w ostatnich 10 dniach, zapuchło za uchem prawem. Ostatnio lekkie dreszcze.

Wziernikowo: wydzielina cuchnąca, ściana tylno-górna obniżona, w szczelinowatem świetle widać granulacje. Plastyczny obrzęk na wyrostku sutkowym. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: ucho prawe: mowa potoczna, stroiki 0, ucho lewe: szept 4 m. W. w lewo. S. lekko skrócone.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Kaloryczna 0. Obroty na horyzontalne w prawo 16″ (32 drgnień), w lewo 14″ (16 drgnień). Obrót z głową w tył w prawo 13″ (14 drgnień skośnych prawych dolnych), w lewo 12″ (20 drgnień rotacyjnych). Przetokowy 0. Neurologicznie bez zmian. Punkcja: ciśnienie 140, pleocytoza 2. Narządy wewnętrzne: Emphysema pulmonum. Temperatura 37.8, tętno 90.

Operacja radykalna i labiryntu: znaleziono kilka dużych sekwestrów otoczonych ziarniną, 2 sekwestry pochodziły z tylnej ściany przewodu, facialis obnażony—przewód półkolisty poziomy i czołowy szeroko otwarte. Opony tylnej i średniej jamy odsłonięte. Otwarcie labiryntu uzupełniono (Ruttin). 3.V stan ogólny dobry. Punkcja: stosunki prawidłowe. W zakresie n. VII lekka pareza. 5.V rana wydziela bardzo obficie. W następnych tygodniach rana granuluje żywo. Z okolicy przedsionka wydzielina ropna obfita. Nerw twarzowy poprawy nie wykazuje. 5.VIII wygojony—wypisany. N. VII poprawił się nieco, domyka powiekę.

32) Apolonja W., lat 44, żona rolnika, zgłasza się 10.VI. Anamneza bardzo trudna, chora wykazuje urojenia, czuje ruchy płodu (od roku perjod ustał). Szumi w uchu prawem. Od pięciu miesięcy bóle w lewej połowie głowy, z ucha lewego wydziela się ropa czasem z domieszką krwi, badanie słuchu możliwe tylko przy pomocy mowy potocznej. Ucho lewe: niema poczucia głosu, ucho prawe: mowa potoczna plus z różnych odległości w różnych czasach.

Wziernikowo: ucho prawe: błona ćma, ucho lewe: perforacja centralna, przez którą wyglądają granulacje.

Vestibularis: ucho lewe: kalorycznie 0, obroty na horyzontalne w prawo 14—16″, w lewo mniej żywy 10″. Przeciwko dalszemu badaniu chora oponuje.

Neurologicznie: bez zmian. Psychjatrycznie: st. paranoides. Punkcja: stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne: Myocarditis, ciśnienie skurczowe 160.

Operacja radykalna i labiryntu: zmian makroskopowych na bloku labiryntowym nie stwierdzono. Labirynt otwarto sposobem Hinsberga II. Przebieg dalszy gładki. N. VII bez zmian.

Przypadki powikłane.

33) Irena K., lat 8, córka rolnika, 11.VII 1928 roku. Chora oddziału zakaźnego, w 4-tym tygodniu szkarlatyny wyciek ropny z ucha lewego. Przed 3-ma dniami ślad obrzęku za uchem, od wczoraj wymioty i zawroty. Punkcja: pleocytoza 670 c. b. Oglądanie: ucho lewe: obrzęk za uchem, tylno-górna ściana przewodu lekko obniżona. Wydzielina obfita, duża perforacja w przodzie—dole. Ucho prawe bez wziernikowych zmian.

Cochlearis: Ucho lewe: mowa potoczna 0. Ucho prawe: szept 4 m.

Vestibularis: drżenie horyzont. rotac. II st. w prawo, wskazuje w lewo. Kalorycznie 0. Przetokowy 0.

Neurologicznie: sztywność karku zaznaczona. Kulenkampf — plus, pleocytoza — jak wyżej. Narządy wewnętrzne: ectopia vesicae, w moczu ślad białka, poza tem bez zmian. Temper. 38, tętno 100.

Operacja radykalna i labiryntu: wyrostek i tylna ściana przewodu nekrotyczne, blok labiryntu bez zmian makroskopowych. Labirynt otwarto Neumanem rozszerzonym, cięcie Wittmaaka. 12.VII Temperatura 39.4, VII pareza we wszystkich gałęziach. Drżenie bez zmiany, punkcja, pleocytoza 300 c. b. 20.VII temperatura w normie, pleocytoza sukcesyjnie spadła do 8. Drżenie prawie znikło. Płyn jałowy. Przebieg następny gładki, tylko pareza VII utrzymuje się. 10.IX przeniesiona na oddział chirurgiczny.

34) Stanisław K., lat 13/12, syn sierżanta W. P. 6.VIII 1929 r. Od miesiąca leje się z lewego ucha. Od tygodnia obrzęk za uchem lewem i gorączka. Oglądanie: obrzęk na wyrostku lewem, przewód opadnięty, błony nie widać. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: lewy—reaguje, prawy również.

Vestibularis: kalorycznie plus.

Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temperat. 38.0, tętno 120. Antrotomia. Po operacji rodzice zabierają dziecko do domu na własną odpowiedzialność i zgłaszają się do opatrunku.

26.VIII po tygodniu niezgłaszania się przychodzą z tem, że od 3 dni dziecko gorączkuje i wymiotuje. Leczony był w tym czasie na nieżyt oskrzeli. Badanie stwierdza: rana wydziela obficie. Drżenie spontaniczne II st. w prawo. Kaloryzacja ucha lewego zmian w drżeniu nie powoduje. Neurologicznie: wyraźne objawy oponowe. Temperatura 39 st. Ze względu na wybitne objawy oponowe punkcji nie robiono.

Operacja labiryntu. Po wykonaniu radykalnej otwarto labirynt (Neumann) i odsłonięto opony tylnej jamy. Przy otwieraniu ślimaka ukazała się kropla ropy. Opony bez widoczniejszych zmian. Od porus ac. int. do zatoki nacięto oponę twardą. 27.VIII objawy oponowe narastają. N. VII bez zmian. 28.VIII Exitus. Obdukcji nie wykonano.

35. Adam B., lat 16, student, 24.VIII 1928 roku zgłasza się ze skargami na wymioty, bóle głowy od kilku dni. Z prawego ucha leje się od lat. Chory słaby, przy badaniu poci się i mdleje.

Wziernikowo: ucho prawe: przewód wypełniony ropą cuchnącą. Po przepłókaniu przewód obniżony tak, iż błony dostrzec nie można. Obrzęk plastyczny za uchem, wyrostek silnie bolesny. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: Ucho prawe: mowa potoczna akcentowana 0. Ucho lewe: szept 5 m. W. w lewo. S. lekko skrócony.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak, przetokowy 0, kalorycznie 0. Obroty na horyzontalne w prawo 16", w lewo 14".

Neurologicznie: sztywność karku, dermografizm, Kernig, odruchy ścięgniste wzmożone. Punkcja: leukocytoza 620. Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temperatura 39.

Operacja radykalna i labiryntu: wykonano radykalną—przetoka na szczycie horyzontalna, facialis odsłonięty od kolanka w sąsiedztwie horyzontalnego przewodu, na długości około 5 mm. Opony tylnej jamy pokryte masami perlaka. Odsłonięto opony tylnej i średniej jamy. Zatoki esowatej trudno się doszukać. Wreszcie odszukano pasemko białe zgrubiałe, odpowiadające swym przebiegiem zatoce. Labirynt usunięto sposobem Ruttina, oponę twardą nacięto. Opatrunek. Przebieg dalszy gładki. Pleocytoza w ciągu 2 tygodni spada do 0. Objawy oponowe w ciągu 4 dni znikają. Płyn mózgowo-rdzeniowy jałowy. Nerw twarzowy bez zmian.

36. Władysław B., fryzjer, zgłasza się 24.II 1928 roku. Z ucha prawego leje się od lat, bóle głowy od trzech tygodni, dreszcze i wymioty. Chory nieprzytomny od kilku dni. W uchu prawem wydzielina ropna cuchnąca, destrukcja. Ucisk na punkt Griesingera bolesny. Obrzęk, nad wyrostkiem wyczuwa się chełbotanie. Wzdłuż sternocleidomastoideus wyczuwa się twór wałkowaty twardy.

Cochlearis: w momentach, gdy z chorym można się porozumieć, stwierdza się, że przy mówieniu do ucha lewego polecenia spełnia (zamyka oczy, podnosi rękę), na prawe ucho—nie.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak, przetokowy 0, kalorycznie prawe masowo 0.

Neurologicznie: wybitna sztywność karku, Babiński, Kernig obustronnie plus, Oppenheim po lewej plus. Punkcja: ciśnienie 300, pleocytoza 60. Kindler po stronie prawej nieco zwolniony. Narządy wewnętrzne; serce w granicach normalnych, nad koniuszczkiem szmer skurczowy, trący. Nad płucami po stronie prawej w linji pachowej przedniej na 3 żebrze lekkie tarcie. Temperatura 38.5, tętno 68.

Operacja radykalna i labiryntu: ropień około-zatokowy. Odsłonięcie opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego. Operacja labiryntu Neumann II. Sinus odsłonięto szeroko, na 4 palce od confluens, rozszczepiono, wydobywa się treść posokowata, zatoka w obwodowym swym końcu zaczyna krwawić. Opatrzono sposobem Wittinga. Żyłę jarzmową na 2 palce nad obojczykiem podwiązano, wyekstyrpowano aż ku kątowi szczęki, obwodowy koniec wypuszczono przed ramię. Opatrunek. Infuzja soli.

24.II chory nieprzytomny. Temperatura 38.5, tętno 62. N. VII bez zmian. 25.II Exitus. Z punktatu uzyskano streptokok haemol. Obdukcja: leptomeningitis purulenta—infarctus pulmonum.

37. Wiesław D, lat 6, syn cieśli, przyniesiony dnia 24.XII 1929 r. Od tygodnia ból głowy. Od 3 dni wymioty, obrzęk za uchem. Leje się mu od urodzenia z ucha lewego. Oglądaniem: obrzęk nad wyrostkiem sutkowym lewym. Górna ściana przewodu opadnięta, ropa cuchnąca. Ucho prawe wziernikowo bez zmian.

Cochlearis: prawy: polecenia spełnia, lewy nie reaguje.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Kaloryczna (masowa) 0. Przetokowy 0. Obroty na horyzontalne w prawo 13″, w lewo 14″.

Neurologicznie: przytomność zachowana, sztywność karku wybitna, Kernig, Brudziński, Babiński na prawej plus. Odruchy ścięgniste kończyn dolnych wzmożone. Punkcja: ciśnienie 120 pleocytoza 121. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temp. 38,5, tętno 100.

Operacja radykalna i labiryntu. W wyrostku ropa pod ciśnieniem. Opony średniej i tylnej jamy obnażone, kości są pokryte granulacjami. Zatoka żylna przedstawia się jako cienki lity sznurek. Na przewodzie horyzontalnym duże wybujałości kostne wielkości i kształtu zaciętego ołówka. Labirynt otwarto sposobem Jansena II. Przewód poziomy i czołowy przedstawiają się makroskopowo jako lita kość. Slimak tak twardy, że trudno zerwać ponticulus. 25.XII temperatura 37.5 pleocytoza 100, drżeń, wymiotów brak. 28.XII temp. 38.4, pleocyt 40. Płyn jałowy. N. VII bez zmian. 3.I Pleocyt 26. Przy zmianie opatrunku zauważa się obfity wypływ ropy z przestrzeni pomiędzy tylną ścianą piramidy a oponą twardą; założono seton. 4.I zmiana opatrunku — po usunięciu setonów ropa wypływa obficie, setony zasunięto głębiej. 6.I zmiana opatrunku, ropa dobywa się obficie. Przy zasuwaniu setonów pojawił się w ranie płyn mózgowo-rdzeniowy. 7.I Temp. 39.5, pleocytoza 1900, w preparacie łańcuszkowce. 12.I Exitus.

38) Emanuel T., l. 24, rolnik. Przywieziony 10.I 1929. Przed 2 tygodniami złapał go silny zawrót i wymioty. Nie mógł chodzić. Z ucha lewego leje się od lat. Od 10 dni ból w czole i w oczach, trzęsło go codziennie zimno i chwilami nie wiedział, co się wkoło niego dzieje. Kontakt z chorym bardzo trudny. Ucho prawe, błona zmętniała. Ucho lewe, błony brak, ziarnina, wydzielina ropna. *Cochlearis*: mowa potoczna akcentowana na ucho lew. 0, na prawe ucho spełnia polecenia.

Vestibularis: drżenie samoistne I stopnia w prawo słabo. Przetokowy 0. Kalorycznie (masowo zimny i ciepły kwas borowy) 0. Obroty na horyzontalne w prawo 9″ 16 drgnień, w lewo 11″ 25 drgnień.

Neurologicznie: zmniejszona wrażliwość na ból i czucie w V lew. Odruch rogówkowy lewy słabszy. Pięto-kolanowe po stronie lewej nieco niezborne VII 1, 2, 3, wybitna pareza — według podania rodziny od kilku dni. Punkcja: ciśnienie 145 mm. Płyn mętny pleocytoza 2900. Kindler po lewej wybitnie słabszy.

Narządy wewnętrzne: rozlane furczenia i świsty serca w sutkowej, tony serca silne czyste, temp. 38.5, tętno 68.

Operacja radykalna i labiryntu: okostna bardzo silnie trzyma się kości. Wyrostek przekrwiony. Wykonano radykalną, odsłonięto zatokę i opony tylnej jamy w zakresie trójkąta Trautmanna tabula interna trzyma się silnie opon. W przewodzie pionowym przetoka o brzegach czarnych. W okolicy, sąsiadującej z przetoką, n. VII obnażony.

Labirynt otwarto sposobem Gütticha, przy użyciu frezy i dłóta—pojawia się płyn mózgowo-rdzeniowy; poczem opony średniego dołu odsłonięto jeszcze więcej ku przodowi. Nacięto zatokę — obfity strumień krwi. 12.I zawrotów, wymiotów brak, pleocytoza 440, VII jak przed operacją. 13.I żali się na bóle głowy. Temp. do 38.8. Punkcja: ciśnienie 300, pleocyt 1600. 14.I płyn z pierwszej punkcji jałowy. Punkcja: ciśnienie 280 pleocytoza 1800. Temp. 38^0. 18.I dreszcz temp. 39.4 punkcja: ciśnienie 190, pleocyt 1500. Podwiązanie jugularis. W następnym tygodniu pleocytoza utrzymuje się między 600 a 800, temp. między 37^0 a 38^0. Rana wydziela obficie, płyn mózgowo-rdzeniowy nie pojawia się. 4.II ból głowy — pleocytoza 3600. Podstawienie 80 cm. soli fizjologicznej do rdzenia. 6.II punkcja 6500. Do tyłu od kolanka n. VII wyczuwa się gołą kość. W ciągu 2 tygodni wykonuje się podstawienie soli fizjologicznej, pleocytoza spada do 26 c. b. 20.III usunięto martwiak wielkości grochu. 26.II ból głowy, wymioty, temp. 39^0. Pleocytoza 7000. W ciągu 10 dni podstawianie soli fizjologicznej, pleocytoza spada do 20. Temp. waha się około 37^0. 29.III temperatura już stale w normie. Pleocytoza 0. Rana granuluje b. silnie, wydziela średnio. Dalszy przebieg gojenia bez żadnych zaburzeń. Rozległa rana powoli pokrywa się naskórkiem. Wypisany jako wyleczony 17.V.

39) Zofja G., l. 16, córka rolnika, przesłana 16.III 1929 roku z ambulatorjum oddziału VI. Od 8 miesięcy leje się z prawego ucha, od 5 dni ból za uchem i w czole, od tego czasu zawroty głowy i wymioty.

Wziernikowo: ucho prawe: błony brak. W hypotympanum nieco granulacji, nad planum mastoideum zaczerwienienie, tkliwość. Ucho lewe bez zmian.

Cochlearis: (porozumienie z chorą dość trudne) na lewem słuch ± norma, na prawem głos akcentowany 0. Stroikowe badanie niemożliwe.

Vestibularis: drżenie samoistne III st. w lewo. Wskazywanie (o ile udaje się to przeprowadzić) w prawo. Przetokowy 0.

Neurologicznie: sztywność karku wybitna, dermografizm wzmożony, odruchy ścięgniste ogólnie bardzo żywe, palconosowa ręki prawej gorzej, piętokolanowa strony prawej mniej pewna. Oppenheim po obu plus. Adiadochokineza po obu N. Punkcja: ciśnienie 90, pleocytoza 450. Kalorycznie prawe 0, lewe zatrzymuje się (po 100 cm) spontaniczne w pośredniem na 40″ (utajenie 20″). Obroty na horyzontalne w lewo, bez drgnienia odczynowego i zmiany samoistnego w prawo: widoczne wzmożenie na 20″.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Temp. 38.4, tętno 60.

Operacja radykalna i labiryntu. Wyrostek przekrwiony, pneumatyzacja utrzymana, ropa, granulacje. Zatoka w silnej ante i superpozycji. Odsłonięto zatokę i opony tylnej jamy w zakresie trójkątu *Trautmanna*. Labirynt otwarto sposobem *Uffenordego*, fundus nie otwierano. Oponę oderwano od porus internus oraz z tegoż miejsca prostopadle, aż ku zatoce rozcięto. 17.III wybitna pareza n. VII we wszystkich 3 gałązkach. Drżenie jak poprzednio. Pleocytoza 220 ciśnienie 80. Temp. między 36.2 — 38.2, wymiotów brak, ból głowy w czole ustąpił. 18.III ból głowy w czole, temp. ranna 38.1, punkcja: ciśnienie 200, pleocytoza 2300. W płynie z poprzedniego badania nic nie wyhodowano. Podstawienie soli fizjologicznej. 19.III ból głowy prawie ustąpił, punkcja: ciśnienie 180, pleocytoza 830. Podstawienie soli fizjologicznej. 21.III pleocytoza 230, ciśnienie 150. Zmiana opatrunku. Podstawienie soli fizjologicznej. 23.III pleocytoza 18, ogólne poczucie dobre. Skarży się na parcie na mocz. W moczu krwinki, Hemthysal odstawiono. Od 24.III—27.III poczucie doskonałe, bez gorączki, drżenie ledwo II st. 28.III w nocy ból głowy, wymioty, rano pleocytoza 1830. Podstawienie soli fizjologicznej. 29.III pleocytoza 600. Poczucie lepsze. 31.III pleocytoza 2, ciśnienie 140. Rana wydziela obficie. Następnie aż do 4/8 stan bardzo dobry. W nocy ból głowy, wymioty, punkcja ciśnienie 180, pleocytoza 2183. W czasie punkcji, robionej z konieczności w zakresie kręgosłupa piersiowego, chora rzuca się nagle, w następnej chwili uczuwa ból palący w prawej nodze. Podstawienie soli, wstrzyknięcie rivanolu. 9.IV bóle głowy ustąpiły — rivanol dordzeniowo. 10.IV pleocytoza 200, podstawienie soli. Od tego czasu stan ogólny dobry. Rana goi się dobrze. Chód chorej w pierwszych tygodniach spastyczno-paretyczny. N. VII nieco się poprawił. Rana pokrywa się przybłonkiem wydziela niewiele, chora pozostaje w leczeniu oddziału neurologicznego. Chód zwolna poprawia się. 13.VII wypisana jako wyleczona.

40) Feliks Z. l. 26, robotnik. Przeniesiony z oddziału neurologicznego 2.IV 1929. Przed miesiącem wystąpił ból głowy i wymioty— gorączkował do 40^0 przez tydzień, poczem gorączka spadła. Kiedy mu skrzywiło twarz nie orjentuje się. Z obu uszu leje się od lat. Oglądaniem: obrzęk za uchem prawem, przewód wypełniony polipami, ucisk na planum bolesny. Ucho lewe: perforacja w błonie wiotkiej i nieco wydzieliny ropiastej.

Cochlearis: ucho prawe: mowa potoczna akcentowana i stroiki 0. ucho lewe szept na 50 cm.

Vestibularis: drżenie spontaniczne I i II st. rotacyjne w lewo. Wskazuje trafnie, padanie 0, kalorycznie: ucho prawe (masowa) 0, ucho lewe po 100 cm. słabe drżenie 2 st. w prawo. Obroty na horyzontalne. Obrót w prawo, wzmożenie samoistnego z przejściem w typ więcej horyzontalny na 15″. Obrót w lewo drżenie skośne—prawe-górne 10″.

Neurologicznie: sztywność karku wybitnie zaznaczona *Kernig* plus, *Brudziński* plus. Pareza VII 1, 2, 3 prawego. Punkcja: ciśnienie 400, pleocytoza 2400.

Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temp. 37^0, tętno 105.

Operacja radykalna i labiryntu. W antrum granulacje, pochewka n. VII na wysokości szczytu przewodu poziomego zniszczona. W przewodzie poziomym przetoka 4 mm. długa ułożona od szczytu ku ujściu pojedynczemu. Operacja labiryntu sposobem *Uffenordego* z tem, że dna przewodu wewnętrznego nie otwierano. Odłsonięte opony na tylnej jamie oderwano od porus internus oraz z tego miejsca prostopadle aż ku zatoce nacięto. 3.IV drżenia utrzymują się, ból głowy, wymioty. Pleocytoza 2000. 7.IV płyn jałowy. Punkcja codzienna, podstawianie soli fizjologicznej, raz 10 $cm.^3$ rivanolu 1%. Bóle głowy zmniejszyły się, rana wydziela obficie. Przez następne 2 tygodnie pleocytoza utrzymuje się między 1000 a 2000. 21.IV chory podczas punkcji skarży się na ból w plecach i nodze lewej. 29.IV chory oddał mocz pod siebie—lewą nogą gorzej porusza. Przez 10 dni oddaje kał i mocz mimowolnie. 5.V zaznacza się poprawa w ruchach kończyny lewej dolnej, mocz i stolec oddaje prawidłowo pleocytoza 2. 15.V zaczyna się podnosić, rana pokrywa się naskórkiem, wydziela miernie. VII bez zmian. 1.VI chodzi przy pomocy laski. 17.VII odesłany na oddział neurologiczny. Rana wygojona.

41) Józef M. l. 45 rolnik. Przywieziony 16.XII 1929 r. Z obu uszu leje się od lat wielu. Od tygodnia bóle głowy i wymioty Chodzić nie może.

Wziernikowo: ucho prawe: perforacja centralna. Wydzieliny brak. Ucho lewe: ropa cuchnąca, promontorium pokryte granulacjami.

Cochlearis: ucho prawe: m. potoczna 3 m. lewe: m. potoczna i akcentowana 0. Kalorycznie: ucho lewe (masowa) 0. Objaw przetokowy 0. Obrotów ze względu na stan chorego nie wykonano. Drżeń samoistnych brak.

Neurologicznie: wybitna sztywność karku *Kernig*—plus *Brudziński*—plus. Punkcja: ciśnienie 260 mm. pleocytoza 120.

Narządy wewnętrzne: białko w moczu, temp. 38, tętno 63.

Operacja radykalna i labiryntu. Labirynt bez makroskopowych zmian. Wykonano Neumann II, opony średniej jamy i tylnej przekrwione. 18.XII chory zamroczony, pleocytoza 200, n. VII bez zmian. Podstawienie soli fizjologicznej, Hemthysal dożylnie, kropelkowa. 20.XII wyhodowano z płynu streptokok. 26 XII Exitus. Obdukcja: Leptomeningitis purul.

Stanisław K. l. 18 robotnik. 5.III 1930. Przeniesiony z oddziału zakaźnego silnie zamroczony, tylko chwilami daje odpowiedzi rzeczowe. Leje się z ucha lewego od lat wielu. Czasem bolała go głowa. Przed 2 laty w czasie bólów głowy odczuwał silny zawrót przez kilka dni. Od 9 dni straszne bóle głowy, w ostatnich dniach silne dreszcze, męczy go kaszel. Ucho prawe: bez zmian wziernikowych, ucho lewe—wydzielina ropiasta i masy serowate. Błony i kosteczek brak. W epitympanum granulacje. Ucisk na wyr. sutkowy bolesny, w szczególności w punkcie *Griesingera*. Głos potoczny i akcentowany na uchu lewem 0. Odpowiedzi na stroiki bałamutne. Ucho prawe: na szept nie reaguje (chwilami stupor). Głos potoczny raz z 2 m., to znów z 6 m.

Vestibularis: przetokowy 0, drżenie samoistne 1-go stopnia w prawo słabe. Ucho lewe: Kalorycznie (masowa) 0. Obroty na praw. horyzontalne w prawo 9" nikłe, w lewo 23" bardzo żywe.

Neurologicznie: objawy móżdżkowe 0, odruchy ścięgniste ogólnie bardzo żywe. Clonus verus po stronie prawej. Sztywność karku na 3 palce. Objawów aphatycznych brak. Punkcja: ciśnienie 300, Kindler po lewej wolniejszy, pleocytoza 440. Narządy wewnętrzne: tony głuche, szmer skurczowy nad koniuszczkiem, temperatura 39.9, tętno 94.

Operacja radykalna i labiryntu: wyrostek skostniały, w uchu środkowem i antrum granulacje i masy serowate, które docierają do obnażonej zatoki. Przetoka w przewodzie poziomym pod granulacjami. Neumann rozszerzony. Zatokę rozkuto szeroko, ropa tryska pod ciśnieniem. Opony średniej jamy czaszkowej pokryte granulacjami na powierzchni przekroju wielkości jaja kurzego. Również na oponach tylnej jamy czaszki do tyłu od zatoki granulacje na przestrzeni opuszki dużego palca. Z zatoki krwi nie otrzymuje się. Zatokę rozszczepiono, z jednej strony ku bulbus włącznie, z drugiej strony na 3 palce do confluens. Zakrzep stały. Podwiązanie iugularis. 6.III poczucie lepsze. Objawy oponowe zmniejszyły się. 7.III ból głowy, wymioty, pleocytoza 2000 N. VII bez zmian. 9.III płyn mózgowo-rdzeniowy jałowy. Pleocytoza 1500. 10.III dreszcz,

temperatura 40^0, głowa zupełnie nie boli. Przez następne 3 dni codziennie dreszcz, temperatura dochodzi do 40^0. Chory skarży się na silne kłucie w prawym boku. Odpluwa dużo, oddech cuchnący. Objawy oponowe ustąpiły zupełnie. Pleocytoza 20. 20.III rana oczyszcza się zwolna, głowa nie boli, drżeń brak, od 21.III do 28.III dreszcz codzienny, stan ogólny pogarsza się znacznie. 5.IV Exitus, obdukcja: opony i mózg bez zmian, rozległa zgorzel w obu płucach: Empyema thoracis d.

Trauma labyrinthi.

43) Marja Z, lat 9, córka rolnika, 25.V 1928 r. leczy się ambulatoryjnie, od kilku tygodni z powodu ropotoku chronicznego z ucha prawego. Przy wyskrobywaniu polipów łyżeczką Politzera stwierdza się w częściach wyskrobanych strzemiączko. Chorą przyjęto na klinikę. W czasie leczenia ambulatoryjnego stwierdzono bystrość słuchu na uchu prawem ± $^1/_2$ m. potocznej. W ciądu 3 tygodniowej obserwacji drżenia samoistnego nie stwierdzono, bystrość słuchu w uchu prawem nie zmniejszyła się. Obroty na praw. horyzontalne w prawo 22″, w lewo 20. Po 3 tygodniach obserwacji na żądanie rodziców chorą wypisano.

44) Stefan B., l. 16, uczeń kołodziejski, 13.X 1928. W dzieciństwie bolało go nieraz ucho prawe. Przed 5 laty szkarlatyna, odtąd leje się z ucha prawego stale. Przed 4 laty operowano go (na prowincji), lało się dalej. Przed 8 tygodniami druga operacja (tamże), po której natychmiast skrzywiło mu usta, nie może też domykać oka, przez pierwsze 4 tygodnie po operacji czuł zawrot głowy. Przy siąkaniu nosa i dziś mu się kręci. Z ucha leje się dalej. Oglądaniem: za uchem prawem blizna pooperacyjna, przewód zewnętrzny w swej tylno-górnej części jakby szerszy. Po oczyszczeniu z mleczno-białej ropy widoczne granulacje. Ucho lewe wziernikowo bez zmian.

Cochlearis: ucho prawe: m. potoczna 0, zaakcentowane „trzy“ powtarza, inne słowa słyszy, ale nie jest w stanie powtórzyć. Ucho lewe: szept 4 m.

Vestibularis: ob. przetokowy—0. Drżeń samoistnych brak, wskazuje trafnie. Nie pada. Ucho prawe: 50 cm wody ciepłej — ślad drżenia rotacyjnego w prawo. Ucho lewe: 5 cm. zimnej — reakcja wyraźna. Obroty na praw. horyzontalne w prawo—18″, w lewo 5″. Neurologicznie: Pareza N. VII w 3 gałązkach (prawego).

Narządy wewnętrzne bez zmian. Temperatura 36.8, tętno 72, operacja: po przecięciu blizny stwierdza się zagłębienie w wyrostku

wypełnione zbitą ziarniną. Po usunięciu tejże dochodzi się do antrum. W tylnej ścianie przewodu kostnego głęboki, wąski wrąb. Dokończono radykalniej. Przebieg gojenia gładki, n. VII nieco się poprawił. Powtarza głośną mowę ad concham. Obroty jak poprzednio. Wypisany jako wyleczony. Po 14 miesiącach zgłosił się do kontroli; badanie wykazuje: ucho prawe suche, rana pokryta przybłonkiem, słyszy mowę potoczną na 2 m., obroty na przew. horyzontalne: w prawo — 16″, w lewo — 14″. Nerw VII zupełnie sprawny.

45) Wincenty D., l. 25, rolnik zgłasza się 15.II 1929 z powodu bólu za uchem lewem od tygodnia. Przed 4 tygodniami ból gardła, gorączka, na 3 dzień strzykanie w uchu lewem, następnego dnia wyciek. Oglądanie: za uchem lewem: obrzęk plastyczny, zaczerwienienie. Wziernikowo: lekkie obniżenie ściany górnotylnej przewodu, przez perforację znajdującą się w przodzie w dole wydobywa się obficie wydzielina ropna tętniąca. Ucho prawe bez zmian.

Cochlearis: ucho lewe: m. potoczna — $2^1/_2$ m., ucho prawe: szept—5 m., W—w lewo, S—przedłużony, l. R—ujemny.

Vestibularis: drżeń samoistnych brak. Kalorycznie plus. Neurologicznie: bez zmian. Narządy wewnętrzne: bez zmian. Temper. 38^0, tętno 85.

Operacja: antromastoidectomia. Przy wybieraniu głębokich przestrzeni pneumatycznych, między zatoką, a tylną ścianą bloku otwarto przewód poziomy w jego części tylnej. Operację przerwano. W ciągu 3 tygodni chory leży w możliwie bezwzględnym spokoju. 16.II drżenie II stopnia horyzontalno-rotac. w prawo. Weber w lewo. Potoczna (część opatrunku usunięto), słyszy ad concham. Temp. 37.4, tętno 80. 17.II drżenie utrzymuje się, może nieco słabsze. Poza tem jak poprzednio, stan ogólny dobry. 19.II drżenie I-go stopnia hor. rot. w prawo. Weber w lewo, temp. 37.2. 21.II chwilami drżenie pojawia się w położeniu skrajnem prawobocznem. 25.II drżenia zupełnie brak. W w prawo. Przy zmianie opatrunku m. potoczna ± 1.5 m. Rana goi się szybko. 16.III wypisany, jako wyleczony.

46) Marja J., l. 33, robotnica zgłasza się 8.VIII ze skargami na bóle i obrzęk za uchem lewem od 2 tygodni. Z ucha lewego leje się od lat wielu. Oglądaniem stwierdzono: obrzęk plastyczny i bolesność uciskowa nad wyrostkiem sutkowym lewym. Perforacja brzeżna w tyle i w górze, bez zmian wziernikowych. Ucho prawe bez zmian wziernikowych.

Cochlearis: ucho prawe: 6 m. szeptu, ucho lewo: m. potoczna 2 m. W w lewo, S przedłużony, R (A) ujemny. *Vestibularis*: drżeń

samoistnych brak, pr. kalorycznie—obustronnie plus. Przetokowy 0. Neurologicznie bez zmian. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temp. 37.2, tętno 80.

Operacja radykalna ucha prawego (godz. 8 wieczór). Wyrostek przekrwiony, w antrum i w jamie nadbębenkowej granulacje. W nocy chora wymiotuje, skarży się na zawrót głowy (rano godzina 8) badanie wykazuje. Drżenie horyz. III st. w prawo. Wskazuje silnie w lewo, wymiotuje 2 razy w czasie badania. Poczucie mowy akcentowanej; W nie orjentuje się.

Neurologicznie bez zmian. Punkcja: stosunki prawidłowe. Przystąpiono do operacji labiryntu. Strzemiączka nie znaleziono Neumann I. 12.VIII drżenie jak poprzednio, wymiotów brak, VII jako paretyczny. Punkcja: stosunki prawidłowe. 15.VII drżenie III st. słabsze. Chora czuje się dobrze. Zmiana opatrunku. 25.VIII rana żywo granuluje. Dalszy przebieg gładki. 5.X wypisana. Pareza VII wyraźnie się poprawiła. Badanie kontrolne 13.V 1930 r. Słuch na lew. 0, W w prawo. VII znaczy się w gałązce 3 przy uśmiechu, drżenie po obrotach: w prawo 19″ żywe, w lewo 14″ bardzo słabe (8 drgnień).

47) Franciszek W., l. 5, syn rolnika, zgłasza się 12.III 1930. Wczoraj o godz. 10-tej rano włożył fasolę do ucha lewego. Jeszcze przedpołudniem próbowano wyciągać. Następnego dnia rano wyjmowano przez 3 godziny (bez narkozy). Skutkiem wystąpienia wymiotów zaprzestano dalszych manipulacji. Odesłany został do kliniki. Na uszy do chwili wypadku nie chorował.

Wziernikowo ucho lewe: w przewodzie krew, strzępy tkanek, w głębi naga kość (promontorium), części skórnej przewodu w 1/3 przyśrodkowej brak. Widoczne okienko owalne, w którem błyszczy jasna kropla płynu. Ucho prawe bez zmian.

Vestibularis: chwilami drżenie rotacyjne II st. w pr. Pada w lewo,—kierunek padania zależny od ustawienie głowy. Wskazuje w lewo. Obroty na horyzontalne w prawo 9″, w lewo 23″. *Cochlearis:* ucho lewe głosu akcentowanego nie powtarza. Neurologicznie: lewa źrenica silnie rozszerzona reaguje na światło i konwergencję. Punkcja — stosunki prawidłowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Temp. 37,8, tętno 90.

Operacja radykalna i labiryntu. Promontorium gołe świeci biało. Strzemiączka nigdzie nie znaleziono. W hypotympanum leży trzon pierwszej i cała druga kosteczka. *Neumann I.* 14.III drżenie II st. utrzymuje się — punkcja — stosunki prawidłowe. Źrenice równe.

16.III drżenie prawie znikło. Zaznaczyła się delikatna pareza VII. Rana wydziela bardzo obficie. 18 III Pareza VII wydatniejsza. — Poza tem chory czuje się dobrze. 24.III Pareza VII cofnęła się prawie zupełnie. Dalszy przebieg gładki. Wypisany 15.IV do leczenia ambulatoryjnego.

Przytoczone historje choroby są podane w formie krótkich wyciągów zaznaczających tylko schematycznie stan, przebieg i rezultat leczenia. W dokładny opis poszczególnych przypadków nie wchodziliśmy, gdyż zestawienie powyższe ma na celu ilustrację schematyczną wskazań, jakiemi posługiwaliśmy się oraz statystyczny rezultat postępowania.

Przypadki bardziej interesujące mamy jeszcze zamiar przedstawić osobno w dokładniejszy sposób.

W większości przypadków operowanych stosowaliśmy narkozę eterową. Tylko przypadki z dodatnim objawem przetokowym operowaliśmy w znieczuleniu miejscowem.

Ze Szpitala na Zawodziu w Częstochowie.

Wrodzony guz jamy nosowogardłowej u trzechtygodniowego ssawca.

Podał: Dr. L. BATAWIA (Częstochowa).

Wrodzone guzy jamy nosowogardłowej wkraczają w dziedzinę teratologji. Podług *Ahlfelda* i *Arnolda* spotykamy dwa rodzaje takich guzów. Jedne z nich stanowią część zahamowanego w rozwoju płodu szczątkowego, który, będąc połączonym z drugim silniej rozwiniętym płodem, usadowił się w jego jamie gardłowej; są to tak zwane potwory podwójne, epignathi. Drugiego rodzaju guzy są to twory, należące do jednego tylko płodu, lecz zawierające w sobie szczątkowe jego narządy, jak zmienione zęby, włókna mięsne lub nerwowe, kawałki chrząstki lub kości, gruczoły, włosy, tłuszcz i t. p.

Na takich płodach widzimy zazwyczaj i inne zboczenia rozwojowe, które wraz z upośledzającym oddychanie i ssanie guzem jamy nosowogardłowej czynią najczęściej organizm taki niezdolnym do życia.

Czy poza opisanemi wyżej guzami, wykazującemi daleko posunięte zboczenie rozwojowe, spotykamy też guzy wrodzone jamy no-

sowogardłowej o budowie włókniaków, należące do kategorji tych nowotworów, jakie znajdujemy na stropie gardła u młodzieńców w okresie dojrzewania płciowego między 15 a 22 rokiem życia?

Mikulicz w dziele *Heymanna*, poruszając to zagadnienie, stanowczo twierdzi, że w literaturze nie znalazł ani jednego przypadku, któryby można traktować, jako wrodzony włókniak jamy nosowogardłowej, i że autorzy, opisując guzy wrodzone gardła, nie odróżniają opisanych wyżej zboczeń rozwojowych od typowych włókniaków, spotykanych w wieku młodzieńczym.

W dostępnej mi literaturze nie znalazłem opisu przypadku wrodzonego włókniaka jamy nosowogardłowej.

Dwa przypadki guzów u niemowląt, opisane przez *Kahlera* *), dotyczą guzów wrodzonych, umieszczonych w gardle dolnem u trzechtygodniowego i dwumiesięcznego ssawców. W obu przypadkach guzy pokrywały wejście do krtami i wywoływały znaczną duszność. Pierwsze niemowle było operowane i zmarło z powodu krwotoku pooperacyjnego, u drugiego dziecka zabiegu nie wykonano, a sekcja wykazała torbiel, wychodzącą z zatoki gruszkowatej i zajmującą znaczną część dolnego gardła.

Przypadek guza u dwumiesięcznego ssawca, opisany przez *Ito* **), dotyczy niewątpliwie guza gardła, powstałego na tle zboczenia rozwojowego, albowiem znaleziono w nim chrząstki, włosy i gruczoły potne i tłuszczowe.

Ze względu na wyjątkową rzadkość wrodzonych guzów włókniaków, wychodzących z jamy nosowo-gardłowej, pozwolę sobie opisać obserwowany przez siebie następujący przypadek.

W listopadzie 1929 roku zgłosiła się do mnie wieśniaczka z trzechtygodniowym niemowlęciem, skarżąc się, że dziecko od urodzenia źle oddycha, nie może ssać i zachłystuje się przy wlewaniu do ust pokarmu.

Dziecko, Micia Blukacz, bardzo wychudzone, wargi blado-sine; skóra sucha, wiotka, pokrywa wystające kosteczki; mięśnie wiotkie, tkanki tłuszczowej podskórnej brak. W sercu zmian niema, nad płucami słychać oddech stenotyczny. Oddychanie bardzo utrudnione, przy oddechu słychać na odległość świst z trudem przedostającego

---

*) IV Jahresres. d. Ges. dtscher Hals-, Nasen- u. Ohzen-erzte. Breslau. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohenhkde 1925. Bd. 6. S. 133.

**) Passows Beitr. z. Anat., Phzsiol., Pathol. und Ther. d. Ohres, d. Nase u. d. Halses 1924. Bd. 20. S. 297.

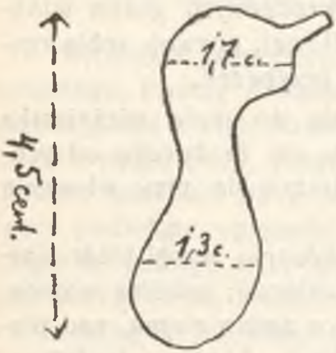
się przez wąski otwór powietrza. Badanie gardła wykazuje co następuje:

Przy ucisku łyżeczką języczka układa się na górnej powierzchni języka podłużna narośl, mająca tę samą formę co języczek dziecka, lecz w mniejszych nieco rozmiarach. Otrzymaliśmy wówczas wrażenie, że dziecko ma jakoby dwa języczki, położone jeden na drugim. Gdy języczek niemowlęcia oswobodzony był od ucisku, narośl opadała ku tyłowi i lokowała się na tylnej ścianie gardła, zajmując ku dołowi podgardle. Dokładniejsze badanie wykazało, że guz ten ciągnie się ku górze i zajmuje też jamę nosowo-gardłową.

Badanie palcem małym, wprowadzonym nie bez trudu do jamy nosowo-gardłowej, wykazało, że guz ten ma przyczep na stropie, nie można było jednakże określić grubości szczypuły.

Na operację matka zgłosiła się do mnie dopiero po tygodniu. Z obawy przed ewentualnem krwawieniem umieściłem dziecię w szpitalu. Dnia 27 XI 1929 roku nałożyłem na guz pętlę galwano-kaustyczną, a asystent uchwycił guz kocherem. Przy pociągnięciu guz z łatwością wydostał się na zewnątrz, przyczem krwawienie było minimalne. Okazało się, że guz wisiał na wąskiej szczypule w lewym kącie stropu. Zbawienne skutki zabiegu natychmiast się uwidoczniły: niemowlę swobodnie i normalnie zaczęło oddychać i ssać. Nazajutrz matka ze zdrowem dzieckiem wypisała się ze szpitala.

Wydobyty guz, jak wykazuje umieszczony poniżej rysunek, był najszerszy w górnej swej części, ulokowanej w jamie nosowogardłowej i miał tu 1,7 cent. szerokości; w dolnej swej części, która zwieszała w kierunku krtani i przy uciskaniu języka układała się na jego górnej powierzchni, guz nieco był węższy. Najwęższy i najcieńszy był wydobyty guz w tem miejscu, które odpowiadało granicy między jamą nosowogardłową i gardła, i w którem to miejscu guz nasz wykonywał ruchy ku przodowi około swej osi poprzecznej przy ucisku języka. Najgrubszą była część górna guza: wymiar przednio-tylny w tem miejscu wynosił 1,5 cent. Podłużny wymiar guza wynosił 4,5 cent.



Badanie histologiczne guza, wykonane przez prof. *Ciechanowskiego* w Krakowie, wykazało: guz pokryty nabłonkiem wielowar-

stwowym płaskim, składa się z tkanki łącznej włóknistej, zawierającej liczne naczynia. Sądząc z tego wyniku, pisze prof. *Ciechanowski*, możnaby myśleć o fibroangioma.

W opisanym przeze mnie przypadku mieliśmy do czynienia z guzem wrodzonym, albowiem dziecko urodziło się już z objawami, które przemawiały za guzem gardła, a w trzy tygodnie po urodzeniu stwierdzić mogłem już guz na wiek dziecka dużych rozmiarów. Guz ten, jak wykazało badanie histologiczne, należy nie do typu guzów, powstałych na tle zboczeń rozwojowych i wkraczających w dziedzinę teratologji, lecz jest to typowy włókniak, podobny do tych, jakie rozwijają się niekiedy u młodzieńców w okresie dojrzewania płciowego.

Przyczynek do kliniki zapaleń wyrostka sutkowego o przebiegu nietypowym.

Podał W. GUMIŃSKI (Warszawa).

Sprawa zapaleń wyrostka sutkowego niewątpliwie jest jednym z najlepiej opracowanych działów otiatryi. Pomimo istnienia jednak olbrzymiego piśmiennictwa w tej kwestji całokształt szczegółów tego zagadnienia nie jest wyczerpująco ujęty. Nic więc dziwnego, że nieraz spotykamy się z szeregiem przypadków, których przebieg bynajmniej nie jest potwierdzeniem utartych formułek klinicznych. Dość wspomnieć kategorje zapaleń wyrostka, przebiegających z pominięciem jamy bębenkowej. Inną kategorję stanowić będą zapalenia, połączone z ciężkiemi powikłaniami wewnątrzczaszkowemi, w których przebiegu brak jest kardynalnych objawów zapalenia wyrostka. Każdemu z nas znane są nieraz trudności rozpoznawcze co do ustalenia istotnego stanu wyrostka w przypadkach banalnych napozór zapaleń ucha zewnętrznego (czyrakach, ropniach skroniowych i pozausznych). Z doświadczenia również wiemy, jak należy być ostrożnym co do umiejscawiania spraw chorobowych (w mózgu, a zwłaszcza w móżdżku), opierając się wyłącznie na badaniu oczopląsu i jego charakterze. Tych kilka ulotnie rzuconych myśli wskazuje, iż nie możemy się szczycić całkowitem opanowaniem omawianego terenu. Zdarza się przeto, iż nieraz w decydujących momentach książka przestaje być vade mecum lekarza praktyka. Wszystko to dowodzi, że z jednej strony metody naszych badań dalekie są od doskonałości, z drugiej zaś—że procesy zapalne w kości uzależnione

są od szeregu czynników bardzo skomplikowanych i niedostatecznie jeszcze oświetlonych.

Aczkolwiek szczytnem zadaniem klinik w pierwszym rzędzie jest pogłębienie myśli i wiedzy zawodowej, opartej na licznym materjale i doświadczeniu, nie mniej uważam za pożyteczne dla sprawy krytyczne oświetlenie choćby poszczególnych kazuistycznych przypadków, których przebieg nasuwał dużo wątpliwości, a rozwiązanie nastąpiło dopiero na stole operacyjnym.

Przypadek I. Pan P. M., student lat 22, zjawił się u mnie 16-go czerwca 1930 r. ze skargami na obrzęk prawej małżowiny usznej, trwający od dni 4 i nie ustępujący pod wpływem dotychczasowego leczenia. Lekarz, który widział chorego przedemną, stwierdził jakoby obecność czyraka w zewnętrznej części przewodu.

Był to wysoki, szczupły mężczyzna, o astenicznej budowie klatki piersiowej. Przy badaniu podał, iż podczas pobytu z rodzicami w Rosji przechodził 3-krotnie zapalenie lewego płuca; kilkakrotnie przez czas dłuższy miewał stany podgorączkowe. Załączone zdjęcie rentgenowskie uwydatniało 2 miejsca marskości płuca, oraz pakiety powiększonych, po części zwapniałych gruczołów. Badanie górnego odcinka dróg oddechowych zmian istotnych nie wykazało. Skóra małżowiny prawej równomiernie obrzęknięta, nie gorąca, nie przekrwiona. Badanie przewodu wykazuje jedynie symetryczny, okólny obrzęk o różowym odcieniu w środkowej jego części. Obecności oddzielnych czyraków nie stwierdzono. Skrawek przy dotyku tkliwy. Badanie obu uszu środkowych tak pod względem otoskopowym, jak i akumetrycznym żadnych odchyleń od normy nie wykazuje. Aparat statyczny funkcjonuje sprawnie. Objawów błędnikowych, oponowych, móżdżkowych brak. Samoistnych bólów nie odczuwa.

W ciągu najbliższych 3 dni stan przewodu nie uległ poprawie. Spostrzeżono natomiast wypuklenie górnej ściany. Jednocześnie pojawił się naciek półkolisty wzdłuż górnego przyczepu małżowiny, przechodzący w takież głębokie nacieczenie tkanek w obrębiu łuku jarzmowego. W ciągu następnych dwóch dni objawy nasilały się, co zakończyło się opróżnieniem ropnia do przewodu (w miejscu dawnego wypuklenia). W głębi nacieku (w okolicy skroniowo-jarzmowej) wyczuwało się chełbotanie; bóle wzmagały się; szczękościsk. Ze strony ucha środkowego i wyrostka sutkowego brak zmian. Ciepłota cały czas na poziomie stanu podgorączkowego (37,1 — 37,4).

24 VI Wieczorem ciepłota po raz pierwszy 38,3, dreszcze. Nazajutrz operacja (w domu). Cięcie półkoliste wzdłuż wyrostka,

aż do połowy łuku jarzmowego. Okostna wyrostka nie zmieniona. Ropa poczęła wyciekać w dużej ilości dopiero po odseparowaniu górnej ściany przewodu i okolicy łuku jarzmowego. Po opróżnieniu ropnia stwierdzono ubytek kostny w górnej ścianie przewodu, drążący wgłąb. Wobec tego przystąpiono do wydłótowania wyrostka. Okostna odseparowuje się łatwo. Po zdjęciu dość grubej części korowej stwierdzono strukturę gąbczastą kości wyrostka; była ona wybitnie przekrwiona, rozrzedzona i rozmiękczona, jak próchno, tak, że z łatwością poddawała się łyżeczcze. Wybitnie rozległe zajęcie komórek wyrostków (sutkowego i jarzmowego). Czaszka o charakterze długogłowia. Zatoka, opona—nie zmienione. Gojenie powolne z wydzielaniem się martwiaków.

Początkowy okres omawianego schorzenia, zdawało się, nie wzbudzał wątpliwości. Można było mówić zaledwie o łagodnym na pozór zapaleniu powłok miękkich zewnętrznego przewodu.

Nawet umiejscowienie sprawy zapalnej w obrębie górnej ściany przewodu *kostnego* nie stało w sprzeczności z naszem przypuszczeniem. Wiadomo bowiem, iż skóra jedynie w tym odcinku na dość wąskiej przestrzeni wyposażoną jest w poszczególne gruczołki, zdolne ulec zakażeniu. Nic więc dziwnego, że w okresie powstania zapalenia ochrzęstnej (małżowiny i przewodu), a nawet formowania się ropnia w okolicy skroniowej — skłonni byliśmy podobny przebieg schorzenia przypisać wyjątkowej złośliwości zakażenia i małej odporności tkanek u chorego. O głębszem zajęciu kości wyrostka pierwotnie nie było mowy. Badania, w tym kierunku przedsięwzięte, nie dały odpowiedzi przekonywujących. Wszelkie próby — w tej liczbie opukiwanie (Körner), prześwietlanie wyrostka od strony przewodu (Urbantschitsch), omacywanie (Weber), jak również równoległe wysłuchiwanie brzęczącego stroika przy pomocy 2 phonendoskopów, umieszconych na wyrostkach (według Dutmer'a)—nic nam nie wyjaśniły. Przeciwnie, utwierdzał nas w powziętem przeświadczeniu stan ucha środkowego, które od początku obserwacji pozostało niezajętem.

W miarę przedłużania się procesu, a zwłaszcza, gdy objawy ropnia, pomimo dużego odpływu, uległy nasileniu, zaczęła się wyłaniać możliwość współistnienia sprawy kostnej. Faktycznie jednak dopiero zabieg przekonał nas o istnieniu ubytku kostnego w górnej ścianie przewodu. Podobne ubytki spostrzegano nieraz w przebiegu uporczywych czyraków, lub zapaleń skóry przewodu. Wiemy o tem z pierwszego lepszego podręcznika (Brühl, Voss).

W danym przypadku osobliwością było to, iż proces miejscowy

stał się punktem przejścia sprawy zapalnej wgłąb kości wyrostka; godnym uwagi był kierunek szerzenia się zakażenia. Szło ono dośrodkowo; co dalej, dosięgało prawie wszystkich komórek powietrznych wyrostka, omijając całkowicie ucho środkowe. Że proces postępował w tym kierunku, a nie odwrotnie, wynikałoby z tego, że pomimo istnienia martwicy w przewodzie oraz w obrębie ropnia skroniowego, nie stwierdzono w samym wyrostku sutkowym nigdzie podobnych ognisk. Biorąc pod uwagę, że ostatnie rozwijają się w następstwie zaburzeń w odżywianiu, możemy wnioskować, że objawy w wyrostku nosiły charakter wtórny, późniejszy w porównaniu z wyraźnemi zmianami martwiczemi przewodu. Należałoby więc przypuszczać, iż tylko wyjątkowo jakieś sprzyjające warunki i podatny układ górnej kostnej ściany przewodu odegrały tu decydującą rolę.

Według Mouret'a u podstawy łuski skroniowej odróżnić należy zasadniczo 3 odcinki: sutkowy, bębenkowy i skroniowo-jarzmowy. Odcinek pierwszy (sutkowy) stanowi niejako ciąg dalszy samego „bloku sutkowego“, dzięki czemu nosi on zazwyczaj wszelkie jego cechy; sąsiedni, środkowy odcinek (zwany bębenkowym), topograficznie odpowiada zewnętrznej części uchyłka i górnej ścianie przewodu. Ostatnią, jak wiadomo, tworzą 2 dość grube blaszki kostne, zawierające mniej, lub więcej komórek powietrznych. Spojone ze sobą początkowo tworzą one masyw sklepienia przewodu, w głębi jednak tegoż rozchodzą się, przyczem jedna (wewnętrzna) idzie dalej w kierunku poziomym, tworząc (wraz z odpowiednią blaszką kości skalistej) sklepienie jamy sutkowej i bębenkowej; zewnętrzna zaś zbacza ku dołowi, tworząc zewnętrzną ścianę uchyłka. Zazwyczaj i ten odcinek należy do dobrze pneumatyzowanych, zwłaszcza w przypadkach długogłowia (Chorążycki, Koerner). Należy więc przypuszczać, iż przy rozwoju zapalenia okostnej w górnej ścianie przewodu, komórki, leżące w pobliżu jego światła, pierwsze stały się siedliskiem zakażenia. Ze względu na bezpośrednią swą łączność z komórkami dwóch sąsiednich odcinków, zakażenie poczęło się szerzyć w kierunku tychże. Z jednej więc strony dosięgło podstawy wyrostka jarzmowego, doprowadzając do szybkiego ukształtowania się ropnia skroniowego. Z drugiej zaś strony, dzięki znacznej rozpiętości blaszki zewnętrznej kości łuski, zakażenie miało możność rozszerzyć się na sam masyw wyrostka sutkowego. Komórki omawianego odcinka łuski są w bezpośredniej łączności z jamą sutkową. Po opanowaniu tej ostatniej zakażenie miało już otwartą drogę do wszystkich sąsiednich komórek powietrznych.

Większość klinicystów stoi na stanowisku, iż ropień skroniowy jest jednym z charakterystycznych umiejscowień postępującej sprawy zapalnej w komórkach bloku sutkowego. Jedynie u dzieci może on utworzyć się drogą bezpośredniego przejścia zapalenia z jamy sutkowej na komórki łuski poprzez szczelinę sutkowo-łuskową. W każdym razie nie kwestjonowaną bywa łączność omawianego ropnia z zapaleniem bądź to ucha środkowego, bądź to komórek wyrostka. Inaczej zupełnie ujmuje tę sprawę Luc. Wyodrębnia on ropnie skroniowe w specjalną grupę, twierdząc, że zarazki (zazwyczaj pneumokoki) są w stanie przeniknąć zdala (niekiedy z przełyku) pod okostną przewodu usznego i wywołać tu ropne zapalenie — bez wszelkiego udziału w niem ucha środkowego.

Dziwnem jest tylko, że przy tak szerokiem zajęciu komórek powietrznych wyrostka w naszym przypadku, jama bębenkowa pozostała nie zajętą. Zjawisko to może być wytłumaczone jedynie, gdy uprzytomnimy sobie, że proces zapalny, szerząc się w kierunku 2 przeciwległych odcinków łuski, pominął zupełnie odcinek środkowy. Droga ta była najkrótsza i najłatwiejsza nietylko dla dosięgnięcia ucha środkowego, ale nawet dla rozwoju powikłań wewnątrzczaszkowych, które dość często zdarzają się właśnie przy tym typie wyrostka.

Jak wiemy, rodzaj i ilość drobnoustrojów posiadają względne znaczenie w porównaniu z anatomiczną budową wyrostka. Rozległość i szybkość powstania zmian w wyrostku po większej części możemy uzależniać od układu kostnego. W danym przypadku zmiany te wystąpiły wcześniej, niż możnaby było przypuszczać na zasadzie rozważań lub przejawów klinicznych.

Omawiany proces w wyrostku nie ograniczył się do zaatakowania śluzówki. Zresztą, nie było tu bezpośredniego przejścia zapalenia od strony śluzówki ucha środkowego. Przeciwnie, było widocznem podczas zabiegu, że zajętą była głównie tkanka gąbczasta. Przez to kość stała się wybitnie przekrwioną, rozrzedzoną i rozmiękczoną jak próchno. Nigdzie nie stwierdzono ognisk ropnych lub ziarniny. Proces szedł niezwykle głęboko, obejmując wszystkie odcinki, gdzie tylko kość była porowatą. Obraz patologicznie zmienionej kości, szybkość i rozległość rozwoju procesu, atak dreszczy (bezpośrednio przed zabiegiem), a poniekąd i proces gojenia (martwiaki) przemawiały za tem, że mieliśmy do czynienia z wczesnym okresem zapalenia szpiku kostnego. Schorzenie to w obrębie kości skalistej spotykanem jest rzadko. Z przytoczonych pobieżnie publikacyj (Meyer, Beck, Siebenmann) wynika, iż występuje ono zazwyczaj w łączności

z zapaleniem ucha środkowego w przebiegu ostrych chorób zakaźnych (influenza, szkarlatyna). Cechuje go różnorodność obrazów klinicznych. Zdaniem jednak Meyer'a brak zmian w uchu środkowem nie przesądza bynajmniej możliwości jego powstania jak również nie wyklucza daleko idącego zniszczenia wyrostka.

W sprawie trudności rozpoznania mogę się spotkać z zarzutem, żem nie wykorzystał wszystkich rozporządzalnych metod, mogących rzucić światło na istotę schorzenia. Przyznaję, iż w podobnych przypadkach celowym środkiem rozpoznawczym mógłby się okazać rentgen. Nie bez racji więc Staunig, Stupka, Völger i inni radzą stale przy wszystkich sprawach zapalnych przewodu i ropniach okołousznych posługiwać się rentgenem celem wykluczenia zapalenia kości wyrostka sutkowego. W tych razach radzą robić zdjęcia poziome w kierunku potyliczo-czołowym. Podkreślają przytem wartość kliniczną objawu wyraźnie zaznaczonego nacieku okostny. Oglądając rysunki w pracy Voss'a, odnosi się wrażenie, iż w poszczególnych, nie *skombinowanych* przypadkach (czyraka lub ropnia) rentgen istotnie uwydatniał szczegóły omawiane. Odnośnie danego przypadku należałoby wziąć pod uwagę, iż, primo, ze strony okostnej wyrostka sutkowego nie było żadnej reakcji, secundo, że szczegóły rysunku wyrostka musiałyby same przez się ulec wybitnemu zniekształceniu ze względu na obecność olbrzymiego ropnia skroniowego. Śmiem przeto wątpić, czy wogóle zdjęcie wyrostka (w jakimkolwiek przekroju) byłoby w stanie wnieść więcej światła, niż wszystkie inne metody rozpoznawcze, uprzednio stosowane.

Podziwiając klasyczne zdjęcia Sonnenkalb'a, Runge'go i Heinemann'a skłonni bylibyśmy twierdzić, że przy obecnej technice jesteśmy w stanie, zgodnie z prawem Witmaack'a wnioskować o początku zapalenia wyrostka, o zachodzących w nim zmianach destrukcyjnych, a nawet wypowiadać się co do charakteru śluzówki. Wszystko to jest prawdą. Z innej jednak strony musimy wziąć pod uwagę, że zatuszowanie szczegółów rysunku wyrostka powstaje wskutek zmian w stopniu pneumatyzacji, zmian w stanie śluzówki, a dopiero później na skutek odwapnienia. Porównywując więc zdjęcia seryjne tejże strony nieraz możemy w istocie uchwycić przejściową fazę obrazu od marmórkowatości do ziarnistości, moment znikania ostrego zarysu ścian komórek i beleczek, zlewania się wielu z nich w jedną całość, słowem ciągłość procesu — aż do ogólnego zahamowania kostnienia i całkowitego zaniku struktury.

W całym tym zarysie brak jednak jednego, nie łatwo dającego

się ująć w schemat czynnika: mianowicie czasu nasilenia choroby. Praktyka bowiem uczy nas, co słusznie podkreśla Neumann, że zdjęcia rentgena w 1—2 tygodniu trwania ostrej sprawy zapalnej w uchu, jak było to w naszym przypadku, wykazują jedynie zatuszowanie szczegółów rysunku bez wszelkich objawów sekwestracji. Na zasadzie zaś jedynie tego objawu nie możemy wyciągać ostatecznych wniosków co do istotnego stanu zniszczenia kości samego wyrostka.

Przypadek II. 26 czerwca r. b. zjawił się u mnie pan B. S., nauczyciel, lat 53 liczący. Pragnął on bezpośrednio przed wyjazdem do uzdrowiska zasięgnąć rady co do stanu prawego ucha. Ostatnie bowiem, będąc w jego pojęciu uchem „głuchem", dawało od kilku dni o sobie znać jakiemś słabem, nieokreślonem uczuciem pełności i swędzenia w przewodzie. W wywiadach podał, iż przed 26 laty przebył ropne zapalenie tegoż ucha, w przebiegu którego przecięto mu ropień za uchem. Miałem przed sobą mężczyznę wysokiego wzrostu, wyraźnie wyniszczonego, o astenicznej budowie klatki piersiowej, kaszlącego, chorego na żołądek. Górny odcinek dróg oddechowych bez zmian.

Za małżowiną prawą, na poziomie jej górnego przyczepu, tuż na granicy owłosienia, linijna, głęboka, przyrośnięta blizna. W przewodzie zewnętrznym widniał rozlany, jednolity stan zapalny skóry. Otoskopowo stwierdza się dobrze wygojone na drodze epidermizacji wnętrze jamy bębenkowej. Wyraźne zrosty — unieruchamiające pozostałe części błony i kosteczek; duże złogi wapnia. Szept $1\,^1/_2$ — 2 m. Objawów błędnikowych, oponowych, móżdżkowych nie było. Żadnej bolesności wyrostka, ani małżowiny nie odczuwał. Stan bezgorączkowy.

Stosowanie zabiegów leczniczych, zmierzających do złagodzenia dermatitis przewodu w ciągu 4 dni pozostało bez skutku. W tymże czasie zarysowuje się wypuklenie w obrębie górnej ściany przewodu kostnego; jednocześnie powstaje wąski, półkolisty nacisk wzdłuż górnego brzegu przyczepu małżowiny. Po 2 dniach opróżnienie się ropy do przewodu w miejscu wypuklenia. Pomimo obfitego odpływu ogólny stan chorego organu bez zmian. Naciek za małżowiną utrzymuje się; wyrostek niebolesny, ucho środkowe nie zajęte. Wieczorem 7.VII poraz pierwszy skok ciepłoty do 39,3. Nazajutrz operacja.

Cięcie za uchem półkoliste, obejmujące dawną bliznę. W przewodzie zewnętrznym przetoka kostna. Wyrostek o gładkiej po-

wierzchni, kość niezwykle zbita, prawie zupełnie pozbawiona komórek powietrznych. Jama sutkowa mała. Kanał, łączący ją z jamą bębenkową b. wąski, nieco suchej ziarniny. Zniszczenie stropu jamy sutkowej. Opona twarda na przestrzeni monety 1 złp. zielonawo szara, pokryta nalotem i ropą. Wspomniana blizna za uchem w głębi zrośnięta z oponą. Wyraźnie zaznaczone krótkogłowie. Zatoka przoduje. Ściana ostatniej przeżarta na przestrzeni 3 cm. W obu kolanach zatoki wyczuwa się zakrzep, zamykający jej światło, zbitej konsystencji. Operacja doszczętna. Żyły nie podwiązywano. Rany za uchem nie zaszyto. Przebieg gojenia bezgorączkowy, gładki.

I w danym wypadku możnaby uzależniać wytworzenie się nacieku wzdłuż górnego przyczepu małżowiny od sprawy zapalnej w przewodzie. Tymczasem ostatnia była poniekąd zakończeniem i uzewnętrznieniem sprawy zapalnej w kości. Wyjaśnił to dopiero zabieg. Zbytecznem jest nadmieniać, iż poza obecnością przetoki kostnej w przewodzie, istniało tu głębokie zajęcie wyrostka sutkowego, drążące w kierunku wewnątrzczaszkowym. Nadto mieliśmy zaczopowanie i zropienie zatoki poprzecznej oraz ropień zewnątrz oponowy środkowej jamy czaszkowej. Mimo to chory do ostatka czuł się naogół dobrze, chodził, pracował, na bóle się nie skarżył i był mocno zdziwiony, gdyśmy mu zaproponowali operację nazajutrz po pierwszym skoku ciepłoty. Czemu można było przypisać tak niezwykły przebieg cierpienia?

Pierwszem zjawiskiem, wymagającem omówenia, był zupełny brak objawów zapalenia ucha środkowego. Nasuwa się więc pytanie, jak należy się zapatrywać na proces w wyrostku, czyż byłby on pierwotnym? W większości podręczników sprawa ta nie jest wcale poruszaną, lub ograniczoną bywa do wzmianki, że pierwotne schorzenie wyrostka zdarza się jedynie przy zakażeniach na drodze krwionośnej. Najczęściej wspomina się o niem w przebiegu ropnicy, gruźlicy, zapalenia wsierdzia, szpiku kostnego; w wyjątkowych razach mówi się o możliwości następstw urazu, bądź na skutek przejścia sprawy zapalnej z sąsiadujących gruczołów chłonnych (Wojaczek). Jaśniej sprawę tę oświetla Brühl, twierdząc, że możnaby uznać za „pierwotny" proces zapalny w wyrostku, gdy powstaje on na długo po całkowitem zakończeniu ropnego zapalenia ucha środkowego. Jak wiemy, podobne zjawisko obserwujemy po zakażeniach pneumokokiem, gronkowcem i paciorkowcem śluzowym (Musosus otitis). Zwłaszcza ta ostatnia kategorja zapaleń nastręcza dużo nietypowo przebiegających przypadków (Wirth, Kümmel, Wąsowski, Ruttin,

Urbantschitsch, Lambrakis, Rozenfeld). Wiemy o istnieniu t. zw. „utajonych okresów" (intervallform Kobrak'a), podczas których widzimy zupełny brak wydzielin ropnych z ucha. Występujące podówczas powikłania nie są niczem innem, jak tylko następstwem skrytego bytowania zarazka i późnego schorzenia kości. Badanie jednak otoskopowe, akumetryczne, bądź też wywiady zazwyczaj potwierdzają niezbicie łączność sprawy w wyrostku z przebytem zajęciem ucha środkowego. Nie są to zatem przypadki „pierwotnego" schorzenia wyrostka w tym sensie, jaki się kryje w jego określeniu. Merelli, który zebrał całe piśmiennictwo w odnośnym względzie, dochodzi do wniosku, iż „klinicznie jest niemożliwością ustalić ściśłe różniczkowanie między zapaleniem wyrostka pierwotnem, a zapaleniem tegoż (bez zajęcia ucha środkowego) powstałem w następstwie otitis media. Jest to trudne do ujęcia nawet w tem przypuszczeniu, iż czynnik zakażenia może niekiedy dosięgnąć bezpośrednio wyrostka, pozostawiając nietkniętemi pozostałe części ucha środkowego". Ostmann wprowadził do piśmiennictwa inne określenie, mówiąc o tak zwanych zapaleniach „późnych", występujących nieraz po latach. W omawianym przypadku dane wywiadu, blizna za uchem i charakter zmian otoskopowych przemawiałyby za tem, że mieliśmy właśnie do czynienia z przebytem ongiś zapaleniem ucha środkowego i wyrostka, którego ognisko szczęśliwym trafem przycichło na skutek opróżnienia zewnętrznego ropnia. W tej ustalonej postaci proces przetrwał całe lata. Z klinicznego punktu widzenia jest to zupełnie możliwem. Nietylko bowiem otok śluzówki wyrostka (empyema) zdolnym jest do wessania. Podlegają temuż prawu biologji mniejsze lub większe ropniaki, nieraz nawet ograniczone martwiaki kości mogą być zlikwidowane własnemi siłami organizmu (otorbienie, unieszkodliwienie zarazka). Proces taki z klinicznego punktu widzenia opanowany, przycichły i ograniczony, może nie dawać żadnych objawów zewnętrznych, zwłaszcza w wyrostkach o zbitej konsystencji kości. Dostatecznym jest jednak, według Ostmann'a, jakiś bodziec w postaci niewinnego zakażenia, urazu lub przeziębienia, by proces taki przeszedł w stan czynny w całej rozciągłości. Mamy więc wówczas do czynienia z późnemi objawami zapaleń wyrostka o charakterze wtórnym. Słusznie więc Merelli, mówiąc o zapaleniu wyrostka bez zajęcia ucha środkowego, nie radzi poruszać przytem pytania, czy zakażenie w wyrostku jest pochodzenia pierwotnego czy wtórnego. W pracach Perekalina, Wojaczka, mówi się jedynie o późnych zapaleniach wyrostka. Wielu wybitnych klinicystów (Bezold, Bück, Wail i inni),

a z polskich autorów T. Heiman, Erbrich (wykłady kliniczne), wogóle nie uznają istnienia postaci samoistnego, pierwotnego zapalenia wyrostka. Wychodzą oni z założenia, że każde zapalenie ropne wyrostka występuje w związku z zapaleniem jamy bębenkowej. Daleko więcej przekonywującem wydaje mi się przeto przypuszczenie, iż w istocie i tu mieliśmy do czynienia wprost z późnym rozwojem procesu w wyrostku, który przeszedł ongiś przez ucho środkowe. Nie można tu jednak mówić, zdaniem mojem, o „nawrotowem" zapaleniu wyrostka. Pod powyższem określeniem rozumiemy (Koenigstein) nawroty sprawy zapalnej w wyrostku regenerowanym po przebytem wydłótowaniu. W danym przypadku ostatnie nie miało miejsca. Wyrostek, jako taki, pozostał nietknięty. Miało miejsce jedynie przecięcie ropnia, ewentualnie, powierzchowne wyskrobanie kości łuski. Cechą danego przypadku było to, iż przebiegał on klinicznie zupełnie skrycie, pomimo iż sprawa zapalna, drążąc w kierunku wewnątrzczaszkowym, zajmowała coraz szersze tereny. Że sprawa szła w tym kierunku przypisać należy warunkom lokalnym. Gruba, pozbawiona prawie zupełnie komórek, warstwa kostna zewnętrznej ściany wyrostka, stawiała znaczny opór posuwaniu się zapalenia w tym kierunku. Istnienie zwężenia kanału, łączącego jamę sutkową z bębenkową, oraz obecność ziarniny przeszkadzała odpływowi ropy drogą naturalną. Nic więc dziwnego, iż siłą konieczności zapalenie poczęło się szerzyć w kierunku sklepienia jamy sutkowej. Obydwie blaszki, stanowiące sklepienie tej ostatniej są b. cienkie, zwłaszcza w przypadkach krótkogłowia. Niekiedy nawet stwierdza się tu obecność ubytków. Drogę w tym kierunku ułatwia i ta okoliczność, iż blaszki te bądź co bądź zawierają dość znaczną ilość komórek powietrznych.

Według systematyzacji Mouret'a kategorję tę zwiemy „mastoidites endocraniennes". Postać ta klinicznie może nie dawać żadnych zgoła objawów; proces ten może trwać nieraz długo i skrycie. Podobne zjawisko miało miejsce i w naszym przypadku. Wnioskować co do tego można chociażby ze zmian na oponie twardej i w zatoce. Według Lange'go opona twarda bardzo długo (niekiedy miesiącami) przeciwstawia się zakażeniu. Najodporniejszą w tym względzie okazuje się warstwa zewnętrzna opony. Nawet w momencie, gdy barjera ta pada, będąc przeżarta ziarniną, warstwa śródbłonka wewnętrznej powierzchni nie jest jeszcze naruszoną. Często tkanka ziarninowa, ulegając łatwo martwicy, nawarstwia się w postaci brudnej szaro-zielono zabarwionej masy, zanieczyszczonej cuchnącą ropą. W tem stadjum

ropień zewnątrzoponowy może bytować długo. Przedstawia on jednak duże niebezpieczeństwo zakażenia dla sąsiadującej zatoki.

Podobne przypadki późnego zapalenia zakrzepowego w zatoce na długo po wyleczeniu ucha środkowego opisali Voss, Riga, Hofer i Güttich. Jak należy przypuszczać, rozwój procesu zapalnego w zatoce odbywa się w tych przypadkach dość wolno. Niewątpliwie miało to miejsce i w naszym przypadku. Jedynie bowiem długotrwały kontakt z materjałem zakażonym mógł wytworzyć warunki niezbędne dla powstania tych zmian w zatoce, jakie obserwowaliśmy. Ściana bowiem naczynia ulega martwicy dopiero wtedy, gdy jego światło jest całkowicie zaczopowane. Zgodnie z teorją Fieandt'a powyżej i poniżej danego miejsca wytwarza się stan zastoju z następczym procesem organizacji zakrzepu. Czy proces ten ograniczył się tu do zaczopowania odcinku zatoki między 2 najbliższymi wpustami żylnymi, czy też rozszerzył się dalej, stwierdzić tego nie mogłem, gdyż celowo nie starałem się uruchamiać dobrze zorganizowanych końców zakrzepu. Fakt ten, że zakrzep zdążył się trwale umocnić pierwiej, niż nastąpił jego rozpad (w części środkowej), dowodzi bezsprzecznie powolnego jego rozwoju i niezbyt wielkiej złośliwości zarazka. Tem się tylko tłumaczy okoliczność, że proces nie pociągnął za sobą skutków generalizacji, tak zgubnych dla życia każdego chorego. Ogólnie przypuszczano, że zakrzepowe zapalenie zatoki, przebiegające bezobjawowo, może być uważane za dobrotliwe. Trudno jednak nie zgodzić się z Wagenerem, iż nieraz niepodobna nawet mikroskopowo odróżnić charakteru zakrzepu.

W omawianym przypadku zakrzep pomimo tego, iż w obu swych końcach był trwale zorganizowany, pośrodku uległ jednak zropieniu; gdy tymczasem kość, bezpośrednio z nim granicząca, na oko zmian nie wykazywała. Próbowano objaśnić przyczynę bezgorączkowego przebiegu omawianych stanów. Naturalnie wkraczamy tu w sferę hypotez. Czy możemy zjawisko to uzależniać od działania wyłącznie toksyn (w przypadkach braku zmian rozpadowych w zakrzepie), czy też przypisać to wpływom jednocześnie występującego obrzęku mózgu, hamującego poniekąd regulację ośrodków cieplnych, trudno jest coś orzec. (Fieandt).

Najciekawszą jednak kwestją pozostanie droga rozwoju zapalenia w kierunku ku zewnątrz. Obserwowaliśmy bowiem w końcowym okresie utworzenie się przetoki w górnej ścianie przewodu. Nieoperowane zawczasu ropnie zewnątrzoponowe prowadzą, jak wiadomo, do ciężkich komplikacyj. Do nich należy w pierwszym rzędnie za-

palenie zakrzepowe zatoki, lub ropień mózgu. Poza tem możliwą jest jeszcze inna ewentualność, a mianowicie: przebicie się ropnia ku zewnątrz. Körner widział przypadek opróżnienia się ropnia zewnątrz-oponowego drogą przetoki po przez łuskę kości skroniowej. Znane są również przypadki przerwania się ropnia poprzez tegmen tympani, bądź przez emiss. mastoid. W przypadku Mück'a ropień opróżnił się opuszczając się wzdłuż żyły szyjnej, w innym zaś przypadku—między kością potyliczą i kręgiem szczytowym (Schultze).

U ludzi starszych, gdzie kość wyrostka częstokroć nosi charakter tkanki b. zbitej, proces destrukcyjny ma tendencję powoli posuwać się w kierunku kości, gdzie ta nosi charakter poczęści gąbczasty. Z jednej więc strony idzie wgłąb kości, otaczającej torebkę błędnika (Heine), z drugiej—obejmuje coraz większe połacie blaszek kostnych u podstawy czaszki. Stwierdza się przeto niekiedy fakt przebicia się ogniska ropnego pod okostną górnej ściany przewodu zewnętrznego. Jest to do pewnego stopnia akt samowyleczenia. Podobny przebieg obserwowaliśmy u naszego chorego. Rozpoznanie istoty cierpienia w tych przypadkach jest bardzo trudne, zwłaszcza tam, gdzie ucho środkowe uległo, jak w naszym wypadku, uprzednio wyleczeniu.

W tych rzadkich przypadkach pozostające zwykle zapalenie kości w górnej ścianie przewodu może prędzej nasuwać przypuszczenie co do izolowanego procesu w uchyłku, niż głębokich zmian w wyrostku.

Na budowę anatomiczną górnej ściany zewnętrznej kostnego przewodu słuchowego, pierwszy zwrócił uwagę Koerner, a z autorów zaś polskich omawia ją b. dokładnie B. Chorążycki. Z badań jego wynika, iż u dorosłych (wskutek rozwoju przewodu zewnętrznego kostnego) topografja szczeliny skalisto-łuskowej (fiss. petro-squam) ulega przemieszczeniu. Kąt, wytwarzany omawianą szczeliną (angulus fiss. petro-squam), krzyżuje się podówczas z górną kostną ścianą przewodu. Martwica blaszek kostnych w obrębie omawianej szczeliny znacznie ułatwia przejście sprawy ropnej z jamy czaszkowej ku zewnątrz z pominięciem ucha środkowego. W miejscu tem obserwowaliśmy wytworzenie się przetoki kostnej. Powstawaniu martwicy tego odcinka sprzyjają drogi krwionośne, w pierwszym rzędzie splot naczyń, przebiegających między obydwiema wyżej wspomnianemi blaszkami kostnemi. Martwica, powstała w opisanym przypadku, powodowała zapalenie ochrzęstnej oraz wytwarzanie się ropnia u górnego przyczepu małżowiny.

Obydwie, przytoczone tu obserwacje, dowodzą niezbicie, jak ważną rolę w klinice zapaleń wyrostka odgrywa budowa kości, a zwłaszcza łuski kości skroniowej. Poza żywotnością zarazka, poza właściwościami konstytucjonalnemi ustroju, decydujące znaczenie posiada struktura samej kości oraz jej ustosunkowanie się do innych składowych części narządu. Myśl ta wcale nie jest nowa. Wypowiadał ją już Politzer, Neumann, Denker, von Stein i wielu innych. Nauka Wittmaack'a postawiła ogół otiatrów wobec nowych poglądów i punktów wytycznych. Problemat ten nie przestaje być myślą przewodnią wciąż nowych dociekań (Eisinger, Mygind, Goerke, Neumann). Być może z udoskonaleniem dalszem techniki badań wyrostka, będziemy w stanie uświadomić sobie przyczynę zjawisk, dotychczas uważanych za atypowe, zawczasu przewidzieć możliwość powikłań i wysunąć wskazania do szybkiej interwencji. W danej jednak chwili nie wydaje mi się paradoksalnem twierdzenie, iż w omawianej dziedzinie, niekiedy zmuszeni jesteśmy kierować się w rozpoznaniu poza klinicznem doświadczeniem—znaczną dozą „wyczucia", czy intuicji.

Piśmiennictwo.

J. Mouret. La structure anatomique de l'oreille moyenne. I Congres. Internat. d'oto-laryng. K. Wittmack. Anatomie des Mittelohres und otitis media. I Congres. Internat. d'oto-laryng. J. Mouret. Systematisation des mastoïdites. Acta otolaryngolog. XII v. O. Voss. Verletzungen und chirurg. Krankheiten des äuszeren Ohres. H. Beyer. Antrumaufmeissellung. A. Güttich. Die intrakraniellen Komplikationen der Mittelohreiterung. II Bd. Handbuch der Chirurg. des Ohres. Merelli. Les mastoïdites aigues sans perforation de la membrane du tympan. L'oto-Laryng. Internat. № 10 1924. Koenigstein. O t. zw. nawrotowem zapaleniu wyrostka sutkowego. Перекалинъ. Къ вопросу о первичныхъ и запоздалыхъ мастоидитахъ. B. Chorążycki. Budowa anatomiczna górnej ściany zewnętrznego kostnego przewodu słuchowego.

Z Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Uszno-gardlanej U. S. B.
Kierownik Kliniki Prof. Dr. *J. Szmurło.*

O podśluzowem rozszczepieniu podniebienia twardego.

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI
St. asystent Kliniki.

Badania przypadków podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego nietylko przyczynia się do wyjaśnienia etiologji tej wady, lecz ma też i znaczenie praktyczne zwłaszcza dla fonologów, gdyż najgłówniejszym objawem tego cierpienia jest mowa nosowa (Rhinolalia aperta). Każdy oto-laryngolog również powinien umieć rozpoznawać tę wadę i stale pamiętać podczas badania o możliwości istnienia podśluzowego rozszczepienia podniebienia, które stanowi przeciwwskazanie do operacji tak w gardle, jak i nosie. W każdym operacyjnym przypadku obowiązkiem otolaryngologa jest zbadać zapomocą obmacywania palcem stan podniebienia twardego, jak również sprawdzić zapomocą rhinoscopji tylnej sprawność funkcji podniebienia miękkiego, oraz wykluczyć obecność nosowania otwartego. Dla ostatniego celu prócz słuchowego badania mowy najpraktyczniejszy jest sposób stwierdzania zapomocą lusterka przejścia powietrza przez nos podczas fonacji nienosowych dźwięków. Należy przytem dbać o to, by przykładanie i odejmowanie od nosa lusterka odbywało się podczas trwania fonacji, gdyż powietrze wychodzące przez nos po zakończeniu każdej fonacji może i w normalnej mowie dać obłoczek na lusterku. Rozdwojenie języczka, spotykane często w przypadkach podśluzowego rozszczepienia podniebienia *(Neumann)* zawsze powinno nasuwać myśl o istnieniu tej wady rozwojowej. W przypadkach znaczniejszego ubytku w podniebieniu twardem może być podczas fonacji w tem miejscu wciąganie podniebienia miękkiego do jamy nosowej, lub też fałdowanie się jego w stronę jamy ustnej (*Klestadt*, *Bumba*). W nosie stwierdza się często przy tej wadzie opisane przez *Seemann'a* skrócenie tylno-dolnej części przegrody nosowej. Jednocześnie z niedorozwojem podniebienia mogą występować i inne wady rozwojowe. (*Apert et Bigot, Gluck*, *Birkenfeld*). W dzieciństwie podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego może powodować zalewanie się pokarmów do nosa, które potem zwykle ustępuje. Według *Lermoyez* dziecko przystosowuje się do wady. Podług zaś *Klestadt'a* przestanie zalewania się pokarmów do nosa

i niekiedy samoistne polepszenie się mowy zależy też od dalszego formowania się kostnego podniebienia po porodzie. W wypadku *Klestadt'a* wysokie, gotyckie podniebienie przekształciło się z czasem w płaskie. Z badań *Körner'a* wiemy, że rozszczepiony języczek może samoistnie się zrastać. *Lermoyez* uważa za objaw właściwy dla podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego przedłużenie ku tyłowi poprzecznych fałdów podniebienia. Przeprowadzone przez nas dokładne badania podniebienia u 700 osób wykazały w wielu przypadkach obecność tych idących ku tyłowi fałdów i na podniebieniu zupełnie normalnem. Oglądanie gardła może też nie wykazać żadnych zmian na podniebieniu i tylko podczas obmacywania go palcem stwierdza się pod całą błoną śluzową kątowaty, zwężający się ku przodowi ubytek w tylnej części podniebienia twardego. W niektórych przypadkach niedokończonego rozwoju podniebienia twardego ubytek ten może być bardzo mały, cały tylny brzeg podniebienia jest tylko wklęsły ku przodowi. Czasami może brakować tylko spina nasalis posterior, co daje już objawy niedomogi podniebienia miękkiego. Niekiedy jedynym objawem podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego jest mniej, lub więcej zaznaczone nosowanie otwarte (rhinolalia aperta). Ta wada mowy powstaje wskutek krótkości podniebienia miękkiego, które podczas fonacji niedostatecznie oddziela jamę nosową od gardła (*Gutzmann*, *Nadoleczny*, *Kenyon*). Według *Kenyon'a* niedostateczna funkcja podniebienia może zależeć też od krótkości podniebienia twardego, a nie miękkiego. *Klestadt* na podstawie swego przypadku przyczynę nosowania otwartego widzi nie w krótkości podniebienia, a w niedostatecznej jego funkcji, wskutek niedostatecznego i nieprawidłowego rozwoju i słabości jego mięśni, które nie mają stałego punktu oparcia w niedokształconem podniebieniu twardem. Gdyby mowa nosowa zależała tylko od anatomicznej krótkości podniebienia, wówczas fonologiczne leczenie nie dawałoby dobrych wyników, jak to ma miejsce w rzeczywistości.

Etjologja tej wady nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Dowodem tego jest duża ilość wysuwanych przyczyn i sposobów jej powstawania. Normalnie w 9 tygodniu życia embrionalnego podniebienie twarde jest już zrośnięte, a wkrótce potem szybko zrasta się i podniebienie miękkie. (Köllikers Entwicklungsgeschichte, cyt. wg. Gutzmanna). Za przyczynę niezupełnego zrośnięcia obu blaszek podniebienia twardego i niedostatecznego jego wykształcenia z przyczyn zewnętrznych, mechanicznych przyjmowane są: 1) rozszerzenie podstawy czaszki, 2) guzy wewnątrzczaszkowe i jamy ustnej, 3) nad-

liczbowe zęby, ułożone w szparze podniebiennej, 4) nie nastąpienie fizjologicznego opuszczenia się języka, 5) zrośnięcie amnionu z wyrostkiem szczęki górnej wskutek zbyt małej ilości wód płodowych. Przypuszczają też powstawanie szpary i ubytków po zakończonem już zbliżeniu wyrostków szczękowych wskutek ucisku od zewnątrz, lub wskutek rozciągnięcia przez przyrośnięty amnion (*Bockenheim*, *Birkenfeld*). Z przyczyn wewnętrznych za najważniejszą uznaje się dziedziczność, stwierdzaną przez wielu autorów (*Binnerst*, *Nadoleczny*, *Bumba*, *Birkenfeld*, *Grunberg*). *Birkenfeld* stwierdził dziedziczność tej wady w 20% badanych przypadków. Najczęściej na to cierpienie zapadają męczyźni. Kobiety były tylko przenosicielkami dziedziczności. W 80% autor stwierdził zmniejszającą się, a w 20%—wzmagającą się wadę. Opisywane jest też jednocześne występowanie i innych wad rozwojowych (*Klestadt*, *Apert et Bigot*, *Gluck*). Dla objaśnienia sposobu powstawania podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego *Peter*, *Lermoyez* i inni przypuszczają, że najprzód było zatrzymanie się zbliżenia obu blaszek, a potem dodatkowe niezupełne ich zrośnięcie. Sposób zatrzymania w tylnej części stopniowo zrastającego się od przodu ku tyłowi podniebienia uważany jest za bardzo rzadki (*Peter*). Według *Klestadt'a* podśluzowe rozszczepienie podniebienia twardego powstaje wskutek opóźnienia i niedostatecznego rozwoju tkanki kostnej i mięsnej w zbliżonych już obu połowach podniebienia, w miejscach ich najpóźniejszego rozwoju. *Seemann* stwierdził w większości badanych przypadków tej wady skrócenie przegrody nosowej w tylno-dolnej części i uzależnia występowanie podśluzowego rozszczepienia podniebienia od braku troficznego podrażnienia przegrody na formujące się podniebienie. *Klestadt* uważa niedorozwój przegrody za objaw wtórny.

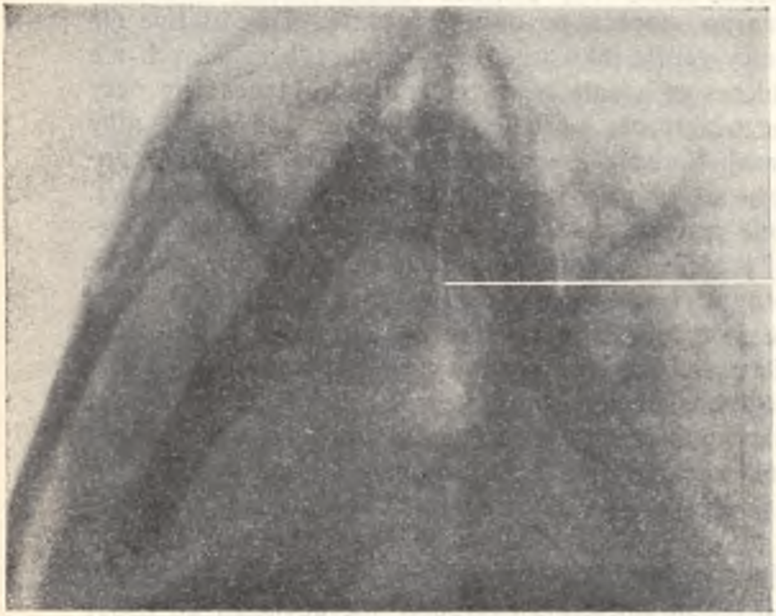
Naogół ta wada rozwojowa uważana jest za rzadką, chociaż ostatnio coraz częściej spotykamy w literaturze opisy podobnych przypadków. *Brown Kelli* jest zdania, że podśluzowe rozszczepienie podniebienia zdarza się częściej, niż bywa stwierdzane, bo zwykle uchodzi uwagi klinicznego i anatomo-patologicznego badania. *Bumba* nie zgadza się z częstością występowania tego cierpienia, gdyż nie mógł go potwierdzić badaniami na czaszkach. Badając dokładnie gardło u siedmiuset (700) chorych stwierdziliśmy w klinice oto-laryngologicznej U. S. B. sześć przypadków podśluzowego niedorozwoju podniebienia twardego.

Przypadek I. A. K. 18 lat zgłosiła się do przychodni fonologicznej z powodu niewyraźnej mowy. Przed dwoma laty zgłosiła się

do otolaryngologa, który usunął jej migdałki i wyrośla adenoidalne. W rok potem ścięto część muszel nosowych dolnych, a następnie wobec nieustępującej wady mowy przypalono muszle kaustycznie. Chora ma znacznego stopnia nosowanie otwarte. Dziedzicznie nie obarczona. Błonicy gardła jako też i innych chorób zakaźnych nie przechodziła. Podczas oglądania zewnętrznego chorej rzuca się w oczy opuszczenie lewego skrzydła nosowego i wcięcie pod niem, niby bliznę, wargi górnej. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos: obie połowy wnętrza nosa szeroko drożne, pokryte normalną błoną śluzową. Lekkie skrzywienie przegrody nosa w lewo. Tylno-dolna część przegrody skrócona i idzie ukośnie ku przodowi, a nie prostopadle. Gardło: lewy górny kieł ustawiony nieprawidłowo, ukośnie. Podniebienie normalnie sklepione. Błona śluzowa normalna. Brak migdałków podniebiennych. Języczek rozdwojony. Podczas fonacji i dławienia się część podniebienia miękkiego około linji środkowej wyraźnie się wciąga w szczelinę kostną w tylnej części podniebienia twardego. Obmacywanie podniebienia palcem wykazuje w tem miejscu stożkowaty, zwężający się ku przodowi ubytek kości przepuszczający koniec małego palca. Podczas fonacji i dławienia się obie połowy rozdwojonego języczka zbliżają się i unoszą do góry, jednak przytem brzeg podniebienia twardego nie dochodzi do tylnej ściany gardła. Rhinoscopia pasterior wykazuje, że i podniebienie miękkie jest też niedorozwinięte i w linji środkowej obie jego połowy są połączone tylko zapomocą cienkiej błony śluzowej. Wałek Passavanta słabo zaznaczony. Dokonaliśmy zdjęcie Röntgenowskie podniebienia twardego, które podajemy niżej obok fotografji chorej.

Röntgen wykazuje duży ubytek w tylnej części podniebienia twardego, od którego idzie szczelina kostna po przez całe podniebienie i szczękę górną po lewej stronie od linji środkowej aż do nieprawidłowo ustawionego kła. Dokładne obmacywanie podniebienia palcem i zgłębnikiem również wykrywa w tem miejscu lekki żłobek. Przed rozpoczęciem leczenia fonologicznego zeszyto chorej po odświeżeniu obie połowy języczka. Już po tym zabiegu mowa chorej nieco się poprawiła. Mamy więc nadzwyczaj rzadki przypadek podśluzowego rozszczepienia całego podniebienia twardego z wyraźną niedostateczną funkcją podniebienia miękkiego i innemi objawami niedorozwoju szczęki górnej. Wszelkie zabiegi operacyjne w nosie i gardle w tym przypadku oczywiście były przeciwwskazane. Ten przypadek zasługuje na uwagę tak ze względu na swą rzadkość, jako też wskutek tego, że pozwala nieco dokładniej poznać sposób po-

wstawania tej wady rozwojowej. Równomiernie wąska szpara wzdłuż przedniej części podniebienia twardego potwierdza prawidłowość po-




Tablica Nr. 1.

glądów wielu autorów, że zbliżenie wyrostków szczękowych odbywa się równomiernie z obu stron, a nie w kierunku od przodu ku tyłowi. Jednakże ten sposób można przyjąć tylko dla przedniej części podniebienia twardego. Tylna zaś jego część, składająca się z kości podniebiennej prawdopodobnie zrasta się w kierunku od przodu ku tyłowi. Wszystkie opisywane przypadki, jak również i nasze, potwierdzają to przypuszczenie, gdyż zawsze wykazują stożkowaty, zwężający się ku przodowi ubytek w tej części podniebienia twardego. W lżejszych przypadkach, wykazujących większy stopień wykształcenia podniebienia twardego, niekiedy może brakować tylko spina nasalis posterior podniebienia.

Przypadek II. Cz. Konstanty 20 lat skierowany został przez lekarza do kliniki oto-laryngologicznej celem operacji skrzywionej przegrody nosowej. Urazu nosa chory nie przypomina. Badanie nosa stwierdziło duże skrzywienie przegrody ku stronie lewej, która jest zupełnie niedrożna. Prawa połowa nosa szeroko drożna pomimo

stosunkowo dużego przerostu prawej muszli dolnej. Tylny brzeg przegrody nosowej ma kierunek ukośny od góry ku dołowi i przodowi. Żadnych operacyj ani nosowych, ani gardłowych chory nie przebywał. Mowa chorego ma wyraźny odcień nosowy. Tablica Glatzela wykazała całkowitą niedrożność lewej połowy nosa. Przez prawą szeroko drożną połowę nosa powietrze przechodzi podczas fonacji nawet nienosowych dźwięków. Podniebienie normalnie sklepione, migdałki podniebienne nieco powiększone. Błona śluzowa gardła — bez zmian. Krtań — norma. Podczas fonacji i dławienia się zaznacza się w tylnej części stropu podniebienia twardego szczelina kostna, do której się wciąga część podniebienia miękkiego. Rhinoskopja posterior wykryła ścieńczenie podniebienia miękkiego w linji środkowej. Obmacywanie tego miejsca palcem wykazuje ostry, rozdwojony z tyłu wąski kostny występ długości 1 cm., stanowiący przedłużenie podniebienia twardego po linji środkowej. Po obu stronach tego występu wyczuwają się w podniebieniu twardem stożkowate wcięcia zwężające się ku przodowi. Schematycznie to miejsce przedstawia się w sposób następujący.



Tablica Nr. 2 i Röntgen Nr. 2.

Röntgen dał ten sam obraz, a mianowicie: stożkowaty ubytek w tylnej części podniebienia twardego, przedzielony wąską blaszką kości. Przegroda jak i w poprzednim przypadku była skrócona i tylny jej brzeg obniżał się ukośnie ku przodowi. Podczas fonacji podniebienie miękkie nie dochodzi do tylnej ściany gardła. Języczek na samym końcu rozdwojony. W tym przypadku ciekawy jest ten występ kostny, po którego obu stronach pozostały niezarośnięte części podniebienia twardego. Nie mając danych do przypuszczenia patologicznego rozrostu kości, należy uznać ten rosnący w kierunku spinae nasalis posterior występ kostny za zatrzymany w rozwoju normalny sposób zrastania się tylnej części podniebienia twardego.

Przypadek III. M. Antoni 11 lat, uczeń został skierowany do Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu z powodu niewyraźnej mowy. Dziedzicznie nie obarczony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Inteligencja nie upośledzona. Nos: przegroda nosowa skrócona w tylno dolnej części. Poza tem w nosie odchyleń od normy nie stwierdzono. Uzębienie dobre. Podniebienie normalnie sklepione. Języczek rozdwojony. Podczas fonacji, a zwłaszcza podczas dławienia się wyraźnie zaznacza się szczelina w tylnej części podniebienia twardego, do której wciąga się podniebienie miękkie. Unoszące się podniebienie nie dostaje do tylnej ściany gardła. Wałek Passavanta mało wyrażony.





Tablica Nr. 3 i Röntgen Nr. 3.

Obmacywanie podniebienia palcem i prześwietlanie promieniami Röntgena stwierdziło rozszerzający się ku tyłowi kostny ubytek w tylnej części podniebienia twardego po linji środkowej. Mowa chorego ma charakter nosowy, prócz tego chory cierpi na szeplenienie międzyzębowe.

Przypadek IV. H. A. uczeń 14 lat, zgłosił się do poradni fonologicznej ze skargami na wadliwą wymowę. Stwierdzono rhinolalia aperta. Chory zawsze mówił niewyraźnie, w nos. Adenotomja wykonana w 6 roku życia mowy nie poprawiła. Chodzić zaczął w drugim roku życia, początek mowy w wieku 2 1/2 lat. Inteligencja nieco upośledzona i odpowiada wiekowi 11 — 12 lat. Narządy wewnętrzne—norma. Nos—bez zmian. Przegroda nosowa prawidłowo wykształcona. W gardle i krtani zmian patologicznych nie stwierdzono. Podniebienie miękkie nie dochodzi podczas fonacji do tylnej ściany gardła. Wałek Passavanta słabo wyrażony. Obmacywanie podniebienia twardego palcem zmian nie wykazało. Dokonano prześwietlania promieniami Röntgena podniebienia twardego.

Röntgen wykazał brak spinae nasalis posterioris podniebienia twardego. Tylny jego brzeg jest zupełnie równy. Trzymiesięczne leczenie fonologiczne zupełnie poprawiło mowę chorego.

Przypadek V. A. K. 22 lat, sklepowa, zgłosiła się do Kliniki Uszno-gardlanej U. S. B. z powodu ropienia z uszu. Nos, gardło—bez zmian. Podniebienie prawidłowo sklepione. Podczas fonacji na normalnym przedtem języczku zaznacza się rozdwojenie samego końca języczka. Podniebienie miękkie podczas fonacji dochodzi do tylnej ściany gardła i prócz rozdwojonego przytem języczka żadnych zmian patologicznych nie wykazuje. Szew na podniebieniu ledwie zaznaczony. Natomiast podczas dławienia się widać w tylnej części podniebienia twardego wyraźną szczelinę, do której wciąga się podniebienie miękkie. Obmacywanie tego miejsca palcem wykazuje stożkowaty, zwężający się ku przodowi ubytek kostny. Mowa chorej zupełnie prawidłowa. Dokładne badanie z kimografjonem nie wykazuje przejścia powietrza przez nos podczas fonacji nienosowych dźwięków. W tym przypadku pomimo wyraźnego rozszczepienia podśluzowego podniebienia twardego brak mowy nosowej. Możemy to tłumaczyć dostatecznym rozwojem podniebienia miękkiego, które nie zostało upośledzone w swej funkcji. W naszych przypadkach I i II obmacywanie podniebienia miękkiego palcem i oglądanie go zapomocą rhinoscopji tylnej wykazuje też niedostateczny rozwój i podniebienia miękkiego, które w miejscu szwa połączone jest cie-

niutką błoną śluzową, pozbawioną tkanki mięsnej. W opisywanym zaś obecnie przypadku podniebienie w miejscu szwa jest grube, dobrze rozwinięte i tylko podczas dławienia się, a nie fonacji daje się lekko wciągać do szpary kostnej podniebienia twardego.

Przypadek VI. T. Ch., żołnierz 22 lat. Nos: duże skrzywienie przegrody w prawo. Tylno-dolna część przegrody skrócona. Duże rozpulchnione migdałki. Podniebienie wysokie, gotyckie. Szew na podniebieniu słabo wyrażony.

Od połowy podniebienia twardego, poczynając prawie od linji środkowej rozchodzą się ku tyłowi podwójne małe zmarszczki na błonie śluzowej. Języczek normalny. Mowa chorego prawidłowa. Podniebienie miękkie podczas fonacji przedstawia się normalnie i tylko podczas dławienia się widać wciąganie go w ubytek kostny w tylnej części podniebienia twardego. Obmacywanie tego miejsca palcem wykazuje stożkowatą szczelinę, przepuszczającą koniuszek małego palca.

Nasze przypadki przedstawiają wszystkie stopnie podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego, poczynając od rozszczepienia całego podniebienia i kończąc na niedorozwoju tylko spinae nasalis posterioris, której brak jednakże wystarcza do upośledzenia funkcji podniebienia miękkiego. Wałek Passavanta, który przy całkowitem rozszczepieniu podniebienia bywa bardzo duży, w naszych przypadkach był słabo rozwinięty. Prawdopodobnie przerost jego występuje tylko przy dużych ubytkach podniebienia, celem niedopuszczenia dostawania się pokarmów do jamy nosowej. W przypadkach zaś uposledzenia tylko mowy, funkcji mniej ważnej, niż odżywianie, musimy sztucznie zapomocą ćwiczeń wykształcić ten wałek Passavanta. Opisanego przez *Seemann'a* skrócenia tylno-dolnej części przegrody nie stwierdziliśmy tylko w jednym przypadku z niedorozwojem samej tylko spinae nasalis posterioris. Jednakże w naszym drugim przypadku wystający wyrostek kostny w linji środkowej podniebienia twardego był dłuższy od tylnego brzegu przegrody nosowej, co przemawia przeciwko twierdzeniu *Seemann'a*, że brak tej części przegrody powoduje niezarośnięcie podniebienia. Rozdwojony języczek, uznawany przez wielu autorów za bardzo częsty objaw podśluzowego rozszczepienia podniebienia stwierdziliśmy w $^2/_3$ wszystkich obserwowanych przypadków.

Przypadki V i VI wskazują, że często obok podśluzowego rozszczepienia podniebienia zachodzi też i niedorozwój podniebienia miękkiego w miejscu spojenia obu jego połów, gdzie tkanka

mięsna może brakować, lub być niedostatecznie rozwinięta. Od stopnia rozwoju podniebienia miękkiego zależy upośledzenie mowy i wynik leczenia fonologicznego. W ostatnich dwóch przypadkach przy znacznym ubytku w podniebieniu twardem, mięsna tkanka podniebienia miękkiego była dobrze rozwinięta i mowa nie została upośledzona. W innych zaś przypadkach, gdzie prócz rozszczepienia podniebienia twardego samo podniebienie miękkie miało w linji środkowej tylko słabą bezmięsną błonę śluzową — było znaczne upośledzenie mowy. Na 700 badanych chorych stwierdziliśmy 6 przypadków (0,8%) podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego. To wskazuje, że ta wada rozwojowa spotyka się stosunkowo często, i tylko nie zawsze bywa stwierdzoną. Do częstego przeoczenia tej wady przyczynia się również niedostateczne zwracanie uwagi przez ogół lekarzy, a nawet i przez oto - laryngologów na zaburzenia mowy, które mogą być niekiedy jedynym objawem cierpienia. Wskutek tego nierzadko bywają dokonywane przeciwwskazane operacje w nosie i gardle ze szkodą dla chorego (Przypadek I i IV). Zwrócenie uwagi na podniebienie twarde podczas oglądania przez lekarzy zdjęć röntgenowskich czaszki niewątpliwie przyczyni się do wykrycia wielu przypadków tej wady rozwojowej. Wszystkie zaś przypadki podejrzane o rozszczepienie podniebienia należy jako prawidło prześwietlać promieniami Röntgena.

Piśmiennictwo.

1. Apert et Bigot. Insuffisance velopalatine accompagnée de plusieurs autres malformations. Bull. de la soc. d. pediatrie de Paris bd. 20 Nr. 1. 2. Birkenfeld, Werner. Uber die Erblichkeit der Lippenspalte und Gaumenspalte. Znrbltt f. Ohr. 10 s. 126. 3. Bumba. Submuköse Gaumenspalten. Monschr. f. Ohr. Jg. 56 H. 4. 4. Bothey. Traitement chirurgical de l'insuffisance velopalatine. Arch. int. de Lar. 1927. 5. Fröschels. Die logopädischen Prinzipen der Terapie des Wolfsrachens. Ztschr. f. Stom. Jg. 19 H. 11. 6. Fröschels. Lehrbuch der Sprachheilkunde. 1925. 7. Glas. Submuköse Gaumenspalten. Monschr. f. Ohr. Jg. 62 H. 6. 8. Gutzmann. Sprachheilkunde, 1924. 9. Gutzmann. Untersuchungen uber das Wesen der Nasalität Arch. f. Lar. Bd. 27 H. I. 10. Kenyon The speech complications involved certain types of inadequates palate... Annalls of Otol. Bd. 34 N. 3. 11. Klestadt. Beiträge zur Kenntniss der submukösen Gaumenspalten. Ztschr. f. Lar. Bd. 19. H. 4. 12. Lermoyez. Annalles d. maladies d. oreiles. 1892. 13. Nadoleczny. Lehrbuch der Sprach-u. Stimmheilkunde. 1926. 14. Neumann. Beiträge zur Terapie der ervorbenen u. angeborenen Gaumenspalte. Monschr. f. Ohr. Bd. 47. 15. Moscickier. Uber submukösen Gaumenspalten. Wien. klin. Wchschr. Jg. 78 N. 29. 16. Philip. Un cas d'insuffisance velopalatine. Ann. des mal. de l'oreille 1904. 17. Seemann. Submuköse Gaumenspalten des harten Gaumens. Zntrbl. f. Ohr. IV. s. 136. 18. Seemann. Beitrag zur Pathogenese und Symptomatologie der submükösen Gaumenspalten. Int. Zntrbl. f. Ohr. 1924 s. 150. 19. Warnekros. Gaumenspalten. Arch. f. Lar. Bd. 21. H. 1.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. *Szmurło*.

Diagnostyczne znaczenie odczynu wiązania dopełniacza (Bordet-Gengou) w twardzieli.

Podał D-r JAN BIELUNAS.

Badania lat ostatnich nad serodiagnostyką twardzieli wykazały niezaprzeczalnie, że odczyn wiązania dopełniacza nie tylko potwierdza pewne rozpoznania kliniczne twardzieli, lecz czasami, w przypadkach klinicznie nie dających się jeszcze rozpoznać, może też dać wynik dodatni i ustalić djagnozę.

Prace Prašek'a i Pric'a (Żagrzeb) wykazały w 21 przypadku twardzieli dodatnie wyniki odczynu Bordet-Gengou, zwłaszcza z antygenem sporządzonym z zawiesiny bakteryj w moczniku. W jednym przypadku nastąpiło wiązanie dopełniacza u całej rodziny (u trzech były typowe zmiany twardzielowe, u trzech suchy nieżyt nosa, u jednego żadnych zmian chorobowych nie stwierdzono). Elbert z Mińska w 13 przypadkach z pewnem rozpoznaniem twardzieli otrzymał dodatnie wyniki wiązania. Błoch ze Słucka otrzymał podobnież dodatnie wyniki w 21 przypadku twardzieli. Tomašek podaje 36 dodatnich wyników odczynu wiązania dopełniacza na 39 badanych chorych. Autor uważa reakcję tą za bardzo specyficzną. Według Gąsiorowskiego — „surowice chorych z klinicznem rozpoznaniem twardzieli zachowują się swoiscie tylko wobec pałeczek otoczkowych, nie zmieniających nalewki lakmusowej i cukru mlekowego, fermentujących kwaśno bez gazu cukier gronowy i alkalizujących wodę peptonową czystą do Ph 7,7".

W roku akademickim 1929/30 — z inicjatywy prof. Szmurły — dokonaliśmy w Zakładzie Bakterjologji U. S. B. z p. A. Łapińskim odczynu wiązania dopełniacza w 15 przypadkach (patrz tabelę), z których dziewięć — (1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 15) rozpoznanych klinicznie i histo-patologicznie jako twardziel, dały wynik silnie dodatni. W jednym przypadku (13) (ojciec chorego na twardziel z ujemnym wynikiem badania klinicznego i bakterjologicznego) otrzymaliśmy częściowe ale wyraźne zahamowanie hemolizy. Jeden przypadek (8) dał wynik nie wyraźny—pozostałe zaś cztery (2, 5, 7, 14)—wątpliwe co do rozpoznania twardzieli dały wynik ujemny.

Do odczynu wiązania dopełniacza sporządziliśmy dwa antygeny

Nazwisko chorego	Wiek	Miejsce zamieszkania	Rozpoznanie kliniczne	Posiew		Wiązanie dopełn.		Badanie histo-patolog.	Uwagi
				Ze skrawku czy z wydzieliny	Rodzaj otoczkowca	Antygen	Wynik		
1) Sławin Matla	20	Dokszyce pow. Dzisna	twardziel	skrawek	b. Frischa	od tegoż chorego	+ 4	twardziel	
2) Doroszuk Katarzyna	31	wieś Przeborowo pow. Brzeski	twardziel?	wydzielina	—	od 1-go chorego	—		
3) Walczyk Antonina	24	wieś Olchówka pow. Nieśwież	twardziel	wydzielina	b. Frischa	od 1-go chorego	+ 4	twardziel	
4) Janusziewiczównaa Eugenja	22	Lechowice pow. Baranowicki	twardziel	wydzielina	b. Frischa	od 1-go chorego	+ 4	twardziel	
5) Zdzieniecka Jadwiga	30	Wilno	tbc? twardziel?	wydzielina	—	od 4-go chorego	—		
6) Stackiewicz Henryk	23	Aleksandrowo pow. Lidzki	twardziel	wydzielina	b. Frischa	od 1-go ch. od 4-go ch. stary szczep	+ 4	twardziel	wiąz. dopełn. z antygenem ozoeny i lact aerogen—ujemne
7) Gnoińska Elżbieta	19	Wilno	ozoena?	wydzielina	b. Ab. Loer.	od 4-go b.ozoenae	—		
8) Jodo Olga	30	Wołożyn	twardziel? gruźlica	wydzielina	—	od 4-go	+ 1	twardziel i gruźlica	B. Wassermann ±
9) Czujko Antoni	25	m. Kamień pow. Wołożyn	twardziel	skrawek	b. Frischa	od 4-go	+ 4	twardziel	
10) Sławin Matla	20	Dokszyce pow. Dzisna	twardziel	wydzielina	b. Frischa	od 4-go	+ 4	twardziel	chora z przyp. 1-go badana po 5 mies. z innym antygenem
11) Iwankiewicz Olga	19	Lebiedziewo pow. Mołodeczno	twardziel	skrawek	b. Frischa	od 4-go	+ 4	twardziel	
12) Ababurko Ksienja	19	wieś Moracz pow. Mołodeczno	twardziel	skrawek	b. Frischa	od 4-go	+ 4	twardziel	
13) Sabinicz Mikołaj	60	wieś Kuksino pow. Dzisna	twardziel?	wydzielina	—	od 4-go	+ 2	—	ojciec chorego 15-go
14) Szwarc Marek	49	Wilno	tbc? laryngis	wydzielina	—	od 4-go	—		
15) Sabynicz Witold	14	wieś Kuksino pow. Dzisna	twardziel	wydzielina	b. Frischa	od 4-go stary szczep	+ 3 + 3	twardziel	

z posiewu od chorych Sławin Matli (1) i Januszkiewiczówny Eugenji (4) oraz używaliśmy antygenu, sporządzonego w roku ubiegłym z posiewu las. Frischa od chorego na twardziel.

Laseczki te, podobnie jak i inne, wyhodowane od chorych na twardziel, nie rozrzedzały żelatyny, nie ścinały mleka, nie wytwarzały indolu, były gramujemne i nieruchome. Fermentowały kwaśno cukier gronowy (zwykły buljon z 1% cukru i nalewką lakmusową, oraz na podłożu Barsiekowa), nie wytwarzając gazu; cukru mlekowego zupełnie nie rozkładały (buljon cukrowy zwyczajny i Barsiekow). Wodę peptonową czystą alkalizowały w ciągu 10 dni do Ph 7,7 — 7,8; w wodzie peptonowej z 1% cukru mlekowego nie zmieniały oddziaływania, jeden tylko szczep alkalizował do Ph 7,4.

Antygeny z las. ozoeny i bact. lactis aerogenes, używane do kontroli, w obecności surowicy chorego na twardziel, — nie wiązały dopełniacza.

Przy każdej próbie wiązania dopełniacza używaliśmy do kontroli surowicy osobników zdrowych, nie otrzymując w żadnym przypadku zahamowania hemolizy.

Antygeny przygotowywane były w sposób jednakowy: z 24-godzinnej hodowli agarowej sporządzona zawiesina w fizjologicznym rozczynie soli, ogrzana w ciągu godziny w 60^0 C, była miareczkowaną w odpowiedni sposób.

Materjałem od 3 chorych na twardziel zaszczepiliśmy 9 myszek, z których 2 padły od zastrzyku podskórnego roztartej zawiesiny tkanki twardzielowej; jedna zarażona wtarciem do skóry i jedna od wtarcia w błonę śluzową nosa. Na sekcji we wszystkich przypadkach stwierdzono ogólne zakażenie (badanie bakterjologiczne wykazało w wątrobie, śledzionie, nerkach i krwi las. Frischa). Zmian miejscowych nie stwierdzono.

Badając otoczenie chorych na twardziel w Wilnie, powiecie Wileńsko-Trockim i Dziśnieńskim (razem zbadano 28 osób) — w jednym przypadku rozpoznaliśmy twardziel (u brata chorej na twardziel, która zmarła nagle przed pół rokiem) i w 4 przypadkach suchy nieżyt nosa i noso-gardła (z wydzieliny nosa i gardła wyhodowano otoczkowce — w trzech przypadkach zbliżone do las. Frischa, tylko fermentujące kwaśno cukier mleczny).

Pozwalam sobie wyrazić podziękowanie kierownikowi kliniki prof. Szmurle oraz kierownikowi Zakładu Bakterjologji U. S. B. — prof. Gryglewiczowi za udzielanie mi podczas pracy cennych wskazówek.

Piśmiennictwo.

Prasek i Prica — „Komplementbindung bei Rhino-sclerom". Acta otolaryngologica T. XII 1929 r. Str. 73. Ebert, Feldman, Gerkies — „Серодиагностика склерамы". Журнал ушных, носовых и гордл. болезней. T. V. Str. 531. Błoch — „К казуистике scleroma respiratorium". Русская отоларингология № 3 1930 r. Str. 246. U. Tomasek — „L'examen bactériologique et sérologique du selerome". Otolaryngologia Slavica. T. II 1930 r. N. Gąsiorowski — „Dalsze badania nad biologją pałeczek otoczkowych". Polska Gaz. Lekar. № 3 1929 r. Str. 45.

Streszczenie odczytu wygłoszonego w Łódzkiem Towarzystwie Otolaryngologicznem, dn. 16 lutego 1931 r.

O stosowaniu jonizacji w leczeniu przewlekłych ropnych zapaleń ucha środkowego.

Prelegent Dr. Z. RAKOWSKI
Ordynator II-giej polikliniki Łódzkiej Kasy Chorych
(Naczelny Lekarz Dr. *St. Bogusławski*).

Leczenie przewlekłych ropnych zapaleń ucha wzbogaciło się o nową metodę, mało znaną w Polsce, a rozpowszechnioną już zagranicą. Mamy na myśli stosowanie, w przypadkach przewlekłych ropnych zapaleń ucha, jonów cynku. Przed przystąpieniem do objaśnienia zadań jonizacji należy powiedzieć słów kilka o przewodnictwie elektrycznem.

Wiele cieczy nie przewodzi elektryczności. Woda chemicznie czysta, nie zawierające nawet rozpuszczonych gazów z powietrza, należy do bardzo złych przewodników elektryczności. Jeżeli do naczynia z wodą chemicznie czystą zanurzymy dwie blaszki platynowe, połączone zapomocą drutów z jakiemś ogniwem elektrycznem, czyli t. zw. elektrody, to tylko z pomocą bardzo czułych przyrządów uda nam się wykryć obecność prądu elektrycznego. Nawet woda, destylowana zwyczajnie do celów technicznych i laboratoryjnych, a więc zawierająca i gazy z powietrza, i części rozpuszczalne ze szkła naczyń, w których jest przechowywana, słabo przewodzi prąd elektryczny. Jeżeli jednak do wody czystej dodamy kwasu, zasady lub soli, które się w niej rozpuszczają, to roztwór przewodzi prąd nierównie lepiej.

Zjawiska przewodnictwa i elektrolizy nasuwają przypuszczenie, że w roztworze wodnym cząsteczki kwasów, zasad i soli częściowo

lub całkowicie dzielą się na cząstki drobniejsze, obdarzone ładunkami elektrycznemi przeciwnego znaku. Jeżeli do takiego roztworu zanurzymy elektrody baterji, to w stronę katody dążyć będą cząstki z ładunkami dodatniemi, a w stronę anody — cząstki z ładunkami ujemnemi. Te cząstki naelektryzowane, na które dzielą się w roztworze kwasy, zasady i sole, nazywamy jonami. Jony zmierzające do katody muszą być dodatnie; zwą się one katjonami. Katjonami są jony wodoru i metali. Jony wydzielające się na anodzie, muszą mieć ładunek ujemny; zwą się one anjonami.

To samo zjawisko daje się łatwo zaobserwować gdy mamy do czynienia z komórką żywą. Wszystkie sprawy życiowe odbywają się w systemie koloidalnym.

W większości cząstki koloidalne mają ładunek elektryczny bądź to dodatni, bądź ujemny. Jeżeli cząstki koloidalne umieścić w rozczynie, zawierającym jony i jeżeli będzie możność, aby jony jednego lub drugiego stanu mogły odkładać się na powierzchni, oczywista, że te naładowane jony oddadzą powierzchni swój odpowiedni ładunek. Proces ten znany jest jako absorbcja.

Wiadomem jest, że jeżeli prąd przechodzi przez twór, zawierający jonizowaną sól, jony dodatnie lub katjony skierowują się do bieguna ujemnego (katody), ujemne zaś (anjony) — do dodatniego (anody); tu oddają one swój ładunek i odkładają się lub wchodzą w reakcję z elektrodą lub rozczynem.

Objaw przyciągania koloidów do bieguna prądu można zastosować do jednego z zagadnień, spotykanego w leczeniu ropień ucha środkowego. Białe ciałka krwi i większość drobnoustrojów są przyciągane do anody, gdyż mają one ładunek ujemny; dlatego też należy wprowadzać elektrodę dodatnią do przewodu zewnętrznego.

Godnym uwagi jest fakt, iż wszelkie warunki, powodujące leukocytozę, mogą zwiększyć bakterjobójcze działanie krwi. Zjawisko to ma dużą wagę w leczeniu takich przewlekłych zakażeń, jak zapalenie ucha środkowego, gdzie drobnoustroje umiejscowiają się w głębi komórek, a szczególnie w tkance podśluzowej. W wypadkach tych, oprócz przyciągania drobnoustrojów do powierzchni, gdzie mogą łatwiej być dosiągnięte lekiem bakterjobójczym, osiąga się i przyciąganie fagocytów, a tem samem przenoszenie do otaczających tkanek leukocytów, mogących tkanki te zakażać zawartemi w nich drobnoustojami.

Doświadczenia kliniczne wykazały, iż miedź i cynk są najczynniejszemi metalami dla użytku leczniczego jonizacją, w warunkach

istniejących w ropieniach ucha środkowego. Cynk ma jednak pewną przewagę nad miedzią. Tłumaczy to się tem, iż rozpuszczalność soli organicznych cynku jest mniejsza od rozpuszczalności — soli miedzi. Związki cynku są też stosunkowo mało rozpuszczalne, dlatego ropienia ucha leczone jonizacją cynku mniej dają nawrotów, wskutek chemicznego działania cynku po wchłonieniu tych soli przez drobiny proteinowe.

Jony cynku mogą łatwo przeniknąć w głąb tkanek przy pomocy prądu elektrycznego i dosięgnąć ukryte tam drobnoustroje. Połączenie cynku z proteiną komórkową jest względnie stałe, dlatego też drobnoustroje rozkładają się powoli i powoli wydzielają jony, które w dalszym ciągu wywierają bakterjobójcze działanie przez dalsze łączenie się z proteinami komórkowemi.

Po dokładnem zbadaniu i oczyszczeniu ucha ze wszelkiej wydzieliny i po ułożeniu chorego na zdrowem uchu, wlewa się do ucha ciepły rozczyn 0,25% siarczanu cynku z dodatkiem gliceryny ZnSO—0,5, glyceryni 5,0, aq. destill. 95,0. Dodanie gliceryny czyni roztwór izotonicznym z płynami tkanki, jeżeli do powyższego roztworu, przed samem użyciem dodamy równą ilość wody przekroplonej, otrzymując w ten sposób rozczyn 25%. Do przewodu zewnętrznego wprowadza się elektrodę uszną firmy Drapier. Elektroda łączy się z biegunem dodatnim, drugą zaś elektrodę, połączoną z biegunem ujemnym trzyma chory w ręku. Najlepiej nadaje się do tego celu akumulator lub baterja ogniw. Prąd stopniowo wzmacnia się do $2^1/_2$—3 mil. amp., seans trwa 15 min. poczem stopniowo zmniejszając, prąd się zamyka. Seansy powtarzają się co 3 dni.

W większości wypadków już po kilku seansach następuje wyraźna poprawa stanu ucha, wydzielina ustępuje, ziarnina zanika. (Prelegent demonstruje wypadki całkowitego wyleczenia jonizacją).

Przeglądając prace i statystyki poszczególnych przypadków widzimy, iż leczenie jonizacją nie jest nowością. *Tripiez* i *Maley* stosują w r. 1867 elektrolizę trąbki *Eustachjusza*; metodę tę wznawiają *Barratoux*, *Garigou* i *Desarène* w r. 1884. *Brenner* i *Erb* probowali leczyć prądem stałym chroniczną głuchotę, łącząc katodę z chorym uchem, a anodę z karkiem chorego. Posługiwali się oni natężeniem 5—6 milli. W r. 1910 *Larat* udowodnił, że rezultaty tej metody są wątpliwe. Po wielu próbach ulepszenia metody zastosowania jonizacji w leczeniu przewlekłego zapalenia ucha i doświadczeniach podjętych przez *Duchenne, Bouligne, Malherbe, Bourgeois, Steavensona* i innych, leczenie jonizacją daje coraz pomyślniejsze wyniki. U nas *Rozwadow-*

ski podał w P. P. Otolar. wyniki pomyślne leczenia ropienia ucha środkowego jonizacją.

Jony przenikają do wewnątrz ucha środkowego i wewnętrznego przeważnie przez bębenek, który przepuszcza z szczególną łatwością jony jodu. Mechanizm jonizacji jest podwójny: pozwala on przenikać jonom do tkanki powierzchownej, później zaś ułatwia jonom przejście, poprzez prąd, przez krwiobieg i naczynia limfatyczne.

W celu osiągnięcia jaknajlepszych rezultatów należy odnaleźć miejsce przez które jony mogłyby z łatwością przedostać się do całego organizmu.

Gdyby na miejscu bębenka znajdowała się zasłona chrząstkowa, a zamiast jamy bębenkowej — wklęsłość o niewielu naczyniach, wszystkie próby byłyby, prawdopodobnie, bezowocne. Gdyby ucho wewnętrzne nie było połączone naczyniami z uchem środkowem, nie możnaby było liczyć na żaden rezultat, chodziłoby, bowiem o organ głęboko umiejscowiony w kostnem zamknięciu.

Istnieją trzy systematy naczyń, które ułatwiają jonom przenikanie poprzez cały przewód słuchowy:

1. Systemat bębenkowy i przewodu usznego wewnętrznego: (Krążenie arterjalne realizuje się zapomocą arterji bębenkowej i arterji rylcowo-sutkowej.

2. Systemat naczyń jamy usznej: (Połączony z systematem poprzednim zapomocą arteryj; rylcowo-sutkowej szyjnej, arterji bębenkowej i — gardłowej wewnętrznej).

3. Systemat ucha wewnętrznego: (Jest on połączony z systematem 2-gim).

Znamy trzy przypadki przewlekłego zapalenia ucha:

1. Przypadek łatwy do leczenia od samego początku.

2. Przypadek mniej łatwy, w którym choroba podczas leczenia łatwo ustępuje.

3. Przypadek gdy choroba przewlekła nie jest jednak nieuleczalna.

W pierwszym przypadku chodzi tylko o ropne zapalenie bębenka. W drugim przypadku mamy już do czynienia z polipami, gruczołami, wytwarzaniem się ziarniny i t. d. Trzeci — to przypadek, gdy zapalenie mieści się bardzo głęboko i jest trudne do usunięcia.

Istnieje mniemanie, że, w celu osiągnięcia dobrych rezultatów, należy powiększyć otwór bębenkowy. Zdanie to jest mylne, albowiem głównie chodzi o to, aby płyn dotarł równomiernie do wszystkich miejsc objętych zapaleniem. Oczywiście leczenie wstępne ułatwia za-

danie jonizacji. Przedewszystkiem należy ucho dobrze oczyścić, gdyż nawet niewielka ilość powietrza może zanulować działanie jonizacji.

Najważniejszą zaletą w stosowaniu jonizacji jest jej prostota i szybkość działania, albowiem usuwa ona zapalenie w ciągu 1-go miesiąca, t. j. po 8-mio razowem jonizowaniu. Zapalenie ropne ucha środkowego, trwające nawet od dłuższego czasu, może być również poddane działaniu jonizacji, z pomyślnym wynikiem.

Próbowano je również leczyć poprostu siarczanem cynku, ale próby te nie dały żadnych pozytywnych wyników, gdyż bez jonizacji siarczany te nie mogły przenikać swobodnie do chorych tkanek.

Leczenie jonizacją stosowałem w 6-ciu przypadkach.

1. Adzio Z. lat 8. Przewlekłe ropne zapalenie po przebytej płonicy. W czasie choroby dokonano paracentezy ze względu na ostre ropne zapalenie ucha środkowego. Wysięk ropny, cuchnący i gęsty, wypełniał stale całkowity przewód i jamę bębenkową, w której występowała ziarnina. Błona bębenkowa zniszczona w przedniodolnej części. Chory był pod obserwacją różnych specjalistów, którzy stosowali bezskutecznie wszelkie znane środki lecznicze. Zastosowałem jonizację cynku co 2-gi dzień. Po dokładnem oczyszczeniu ucha i zastosowaniu techniki wyżej podanej, po 6-ciu jonizacjach dała się stwierdzić nieznaczna już obecność wydzieliny ropnej w przewodzie, wieczorem i nazajutrz po stosowaniu jonizacji. Po 12 jonizacjach dał się zauważyć: brak wydzieliny ropnej, perforacja w dolnoprzedniej części błony i znaczna poprawa słuchu. (Przed rozpoczęciem leczenia chory słyszał szept ad concham i głośną mowę na odległości poniżej 1-go mtr., obecnie zaś słyszy szept na odległości 1—2 mtr., a głośną mowę do 4 ch metrów.

2. M. R. lat 7. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, trwające od 8-miu miesięcy; po przebytej szkarlatynie i dokonanej paracentezie, obecność wydzieliny ropnej, cuchnącej. Po 5-ciu jonizacjach znika ropa bez śladu. Perforacja w błonie bębenkowej świadczy o przebytem ropnem zapaleniu. Znaczna poprawa słuchu.

3. Izaak W. lat 42. Przewlekłe ropne zapalenie prawego ucha środkowego, trwające od 5-ciu lat. Stała wydzielina śluzowo-ropna ze znacznym defektem błony bębenkowej; zawroty stałe; przy podrażnieniu błędnika wzmożone zawroty. Po 15-tu jonizacjach objawy podrażnienia błędnikowego ustępują i daje się stwierdzić brak wydzieliny ropnej.

4. Dawid G. lat 8. Obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, po przebytej szkarlatynie; czas trwania ropienia

5 tygodni. W prawem uchu występuje znaczna ziarnina; — ziarninę tę usunięto. Wobec uporczywego ropienia zastosowano jonizację. Po 10 jonizacjach znaczna poprawa: ucho prawe czyste, a w lewem wydzielina śluzowo-ropna występuje w nieznacznej ilości.

5. Jadwiga P. lat 9. Po przebytej odrze przewlekłe ropne zapalenie lewego ucha środkowego. Po 10 jonizacjach wydzielina ropna występuje w nieznacznei ilości.

6. Dawid W. lat 23. Po przebytem ostrem ropnem zapaleniu, ropienie lewego ucha środkowego. Czas trwania: 2 tygodnie. Zasypywanie kw. bornym i Sol. Natr. Tetraboric. nie poprawia stanu ropienia. Po 6-ciu jonizacjach wydzielina ropna występuje w mniejszej ilości, lecz niema widocznej poprawy. Leczenie przerwano.

Statystyka przypadków przewlekłych zapaleń ucha środkowego, wyleczonych całkowicie przy pomocy jonizacji, dowodzi, iż, mimo podzielone zdania co do jej wartości, oddaje ona wielkie usługi i należy spodziewać się w przyszłości wielu jeszcze rozpraw, doświadczeń, prac nad jej ulepszeniem i coraz większej popularyzacji jej w lecznictwie.

Podręczna lampa do prześwietlania zatok szczękowych i czołowych.

Podał Prof. J. SZMURŁO.

W praktyce prywatnej otolaryngolog, wezwany do obłożnie chorego, bardzo często znajduje się w potrzebie stwierdzenia stanu zatok szczękowych i czołowych. Badanie nosa za pomocą rhinoskopji przedniej nie zawsze dostarcza nam dostatecznych danych co do stanu wspomnianych zatok. Chciałby prześwietlić zatoki i w ten sposób zdobyć cenne wskazówki, ale brak odpowiedniej lampy pozbawia go możności skorzystania z tego ważnego środka rozpoznawczego.

Temu brakowi zaradzić może lampa, bardzo prostej konstrukcji, której już od kilku lat używamy w klinice wileńskiej, do prześwietlania jam bocznych nosa. Składa się ona z rączki w kształcie walcowatej puszki, mogącej pomieścić dwie walcowate suche baterje. Jeden koniec tego walca zakryty jest metalową nasadą, w drugim znajduje się lejkowate wgłębienie z nacięciami, i z otworem, przez który wystaje metalowy styk suchej baterji. W to wgłębienie wkręca się trzon lampy, posiadający na wolnym końcu żarówkę, taką samą,

jakiej używamy do latarki kieszonkowej. Na żarówkę nasuwa się walcowata nasada, z przodu odsłonięta, w celu przepuszczania promieni podczas prześwietlania zatoki czołowej. Chcąc prześwietlić zatoki szczękowe, zdejmujemy z żarówki nasadę metalową, wprowadzamy ją na trzonie do jamy ustnej i przepuszczamy prąd. Po prześwietleniu zatok szczękowych nakładamy na żarówkę nasadę i prześwietlamy zatoki czołowe, przystawiając lampkę stroną odsłoniętą do dolnej ściany zatoki.

Lampa jest bardzo wygodna, daje się z łatwością rozbierać i mieści się w torbie do narzędzi podręcznych. Dwie suche baterje konieczne są dla otrzymania światła dostatecznej siły. Lampa ta może być pożyteczną zwłaszcza dla lekarzy prowincjonalnych w ich gabinetach domowych, tam, gdzie niema źródła mocy elektrycznej. Widziałem nawet lampkę wykonaną przez zegarmistrza wiejskiego w sposób dość pierwotny na żądanie kolegi D-ra Snarskiego, który z lampki swej w praktyce wiejskiej niejednokrotnie korzystał, do badania nosa, gardła i zatok bocznych.

Załączony rysunek dostatecznie wyjaśnia budowę lampy.



Nabyć ją można w magazynie narzędzi chirurgicznych Jodłowskiego w Warszawie.

Z kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. *J. Szmurło.*

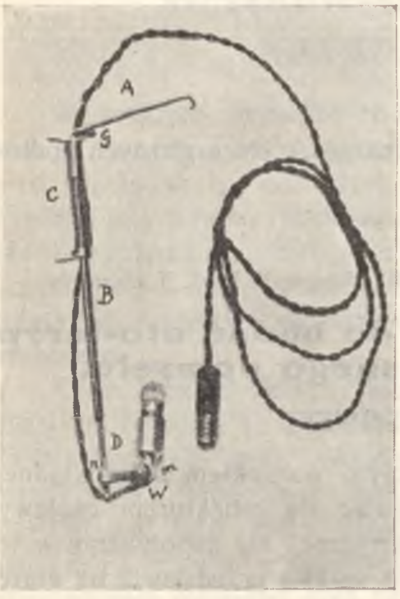
Oświetlacz praktyczny do badań oto-laryngologicznych własnego pomysłu.

Doc. T. WĄSOWSKI.

Dobre oświetlenie jest zasadniczym warunkiem dla dokładnego badania w otolaryngologii. Posługując się reflektorem czołowym i mając do dyspozycji światło elektryczne, nie napotykamy w tem badaniu żadnych trudności. Inaczej się sprawa przedstawia na głuchej prowincji, gdzie lekarz często bywa zmuszony do korzystania ze światła lampy naftowej, a nawet i świecy. Jak niedokładne i przykre

jest takie badanie wie o tem każdy laryngolog; złe oświetlenie odbija się niekorzystnie zwłaszcza przy badaniu ucha, gdyż często snop światła odrzuczonego od lustra reflektora bywa niedostateczny do oświetlenia wąskich przestrzeni przewodu słuchowego zewnętrznego. Lecz i w dużem mieście, posiadającem światło elektryczne, otolaryngolog musi nieraz zadawalniać się światłem świecy, lampy naftowej, lub w najlepszym razie lampki elektrycznej kieszonkowej, gdy wezwany do obłożnie chorego, nie znajduje w jego pokoju kontaktu dla włączenia lampy biurkowej, korzystanie zaś ze światła wysoko wiszącej u stropu żarówki jest niemożliwe.

Istnieje szereg przyrządów oświetlających, jak lampa czołowa Clar'a używana powszechnie we Francji, specjalny reflektor Kirsteina, lampa Haslinger'a, lecz wadą zasadniczą ich jest, naszem zdaniem, pomimo stosunkowo wysokiej ich ceny, konieczność korzystania z przetwornicy lub b. silnej baterji, co nie zawsze i nie w każdych warunkach bywa możliwe. Idealnym aparatem oświetlającym byłby taki, który primo — mógłby być dostosowany do powszechnie używanego reflektora czołowego, secundo—pozwalał korzystać z energji zwykłej i taniej baterji elektrycznej, tertio — z powodu niedużej ceny dostępny byłby do nabycia szerszemu ogółowi lekarzy.



Rys. 1.

Trudności techniczne w budowie takiego aparatu polegają przedewszystkiem na tem, że wobec dość dużej odległości ogniskowej lustra reflektora nie można odpowiednio skoncentrować słabego światła małej żarówki elektrycznej tak, by dokładnie oświetlić odbitem od reflektora światłem badany narząd. Mamy na myśli nie tyle rhino-pharyngolaryngoskopję, ile otoskopję, wskutek małych stosunków przestrzennych przewodu słuchowego zewnętrznego i dość głęboko położonej błony bębenkowej.

Po szeregu prób udało nam się w końcu skonstruować przyrząd odpowiadający wszystkim

wyżej postawionym warunkom. Jak widać z rys. 1, składa się on z płyty A., na której umocowana jest pod kątem 100 — 105° rurka metalowa B. długości 10,5 ctm. Zaciszkacz C. zaopatrzony mocną sprężyną i kawałkiem gumy twardej u dołu (G.) pozwala na dokładne umocowanie przyrządu na reflektorze czołowym, jak to przedstawia rys. 2. W rurkę B. wsuwa się drugą rurkę



Rys. 2.

metalową D. długości 11 ctm., na której końcu przymocowane jest na widełkach W. łożysko metalowe dla żarówki; dzięki ruchom dokoła osi m. i n. możemy żarówkę ustalić dowolnie tak, by snop światła padał na lustro reflektora pod kątem najdogodniejszym. Lampka połączona jest miękkim sznurem miedzianym z baterją elektryczną. Dla rhino-pharyngo-laryngoskopji wystarcza, jak wykazały próby, odległość lampki od reflektora 10—11 ctm., czyli dla tych badań należy rurkę wewnętrzną, czyli rurkę utrzymującą lampkę (D.) wsunąć zupełnie do rurki zewnętrznej (B.); o ile chodzi o otoskopję lub o rhinoskopia media, należy ją wysunąć możliwie najdalej, by lampka była odległa od reflektora na 17—18 ctm.—wtedy światło będzie silniejsze i bardziej skoncentrowane. Co do typu żarówki, to właściwie można posługiwać się żarówką zwyczajną, jakich się używa do latarki kieszonkowej 3,5 V., jednak najlepsze światło dają żarówki 3,5 V. z lanem szkłem firmy Daimon.

Jako energji elektrycznej używamy 2 baterje suche po 3 v. połączone we wspólnym futerale metalowym (rys. 2). Taką wzmocnioną baterję używaliśmy dotychczas na klinice wileńskiej do

diafanoskopji; okazała się ona również dobrą w stosunku do naszego przyrządu. Wolny koniec sznura połączeniowego posiada oprawkę metalową (rys. 1) śrubowaną na wzór tych, jakie mają zwykłe żarówki, i w ten sposób łączymy nasz przyrząd oświetlający z baterją elektryczną. Posiadając nasadkę do diafanoskopji pomysłu prof. Szmurły (patrz artykuł prof. Szmurły) można baterję wyzyskiwać dla obu celów w razie potrzeby.

Cały aparat oświetlający, również futerał dla baterji wykonany jest z cienkiego mosiądzu a części z aluminjum i umieszczony jest z zapasową żarówką w pudełku drewnianem.

Jedynym dostawcą na całą Polskę jest firma Bancewicz Wilno, Dominikańska 7. Cena aparatu wynosi 30 zł.

W sprawie zapalenia opon mózgowych w ostrem zapaleniu ucha środkowego.

Podał Dr. S. LEWANDE
Ordynator miejskiego szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Zapalenie opon mózgowych stanowi rzadką komplikację ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego. Ścisłe dane co do liczby wypadków meningitu są narazie dosyć skąpe. Liczby *Pitta*—25 wypadków na 9000 sekcyj nie są miarodajne, chociażby dlatego, że nie jest podane, czy są one w związku z ostrem czy z przewlekłem zapaleniem ucha środkowego. W artykule *Erdelyiego:* „Erfahrungen bei 650 otologischen Trepanationen" (M. f. O. 30. H. 7) czytamy, że na 320 wypadków mastoidektomji miał on wszystkiego 3 przypadki zapalenia opon mózgowych. *Mauthner* w artykule: „Klinische Studien zur Otogener Meningitis (M. f. O. H. 9. 30) przedstawia 4 takie przypadki, bez oznaczenia ogólnej liczby chorych z ostrem zapaleniem ucha. Ja osobiście jestem tego zdania, że każdy otjatra, mający w swem rozporządzeniu materjał kliniczny, nieraz staje przed tragedją tego rodzaju powikłań ostrego zapalenia ucha. Powstaje więc wrażenie, że nie jest to zjawisko na tyle rzadkie, aby nie warto było zatrzymać się na niem dłużej. Przeżyłem w ostatnim czasie 4 podobne przypadki; pozwolę więc sobie podzielić się swemi spostrzeżeniami w interesującej nas sprawie, która, sądząc z najnowszej literatury, zwraca na siebie ogólną uwagę.

W zapaleniu ucha zakażenie może już w pierwszych dniach, pomijając wszystkie granice, przedostać się z ucha środkowego do

wnętrza czaszki i przenieść się na opony mózgowe. Naturalnemi drogami dla infekcji są przestrzenie limfatyczne, otaczające naczynia krwionośne, oraz pnie nerwowe łączące ucho środkowe z przestrzenią podpajęczynową. Prof. *Tanturi* w ostatnim swoim artykule w M. f. O. H. 9. 1930, znowu powraca do tego tematu, stwierdzając, że ogniwem, łączącem ucho środkowe z czaszką, służą przestrzenie chłonne, dalej, że pajęczynówka związana jest z kanałem *Fallopjusza*, opona twarda natomiast zlewa się z okostną kanału. Zrozumiałem więc jest, jak łatwo przez przestrzenie chłonne, otaczające N. facialis, bakterje mogą się przedostać aż do opon mózgowych. Identyczną rolę odgrywa także i niedorozwój samej kości z jej brakami, niezarośniętemi szwami, szparami, dokąd dura mater wysyła swoje wyrostki. Są to najbardziej dogodne drogi dla infekcji. Następnie w miarę skupienia się ropy w komórkach, otaczających ucho środkowe i wewnętrzne, występuje nowy czynnik, bezpośrednie sąsiedztwo ropy z oponami mózgowemi. Trzeba mieć na względzie indywidualnie odmienny rozwój komórkowego układu kości skroniowej. Rozróżniamy kilka grup komórkowych: zewnętrzne, położone w wyrostku sutkowym, u podstawy wyrostka jarzmowego; oraz wewnętrzne, jakby otaczające kość skalistą; naprzykład — przytrąbkowe komórki; grupa umieszczona wzdłuż tylnego brzegu piramidy; przy jej wierzchołku i t. d. Stopień rozwoju, który osiąga pneumatyzacja kości skalistej, wyraźnie występuje w preparacie *Mangaberja—Albernaza*, który wykazuje, jak cała kość skalista z wyjątkiem błędnika, składa się z jednej ogromnej komórki. Te grupy są położone na tyle głęboko, że droga ku nim prowadzi często przez błędnik. Między innemi *Hayman* posiada preparat na którym wyraźnie widać komórki, wypełnione ropą, odzielające się od zewnętrznych, warstwą zupełnie normalnej kości. Wreszcie zapalenie opon mózgowych może powstać drogą hematogenną, wskutek zaczopowania drobnych i większych żył, lecz zwykle już w późniejszym okresie choroby, nieraz w 2—3 tygodnie po dokonanej operacji.

Z tego wszystkiego co wyżej było powiedziane wynika, że należy się poniekąd dziwić, jak stosunkowo rzadko ostre zapalenie ucha kończy się zapaleniem opon mózgowych. Widocznie i w tym wypadku zjawia się na pomoc naturalna zdolność żywego organizmu do walki z zakażeniem. Wobec silnej zjadliwości bakteryj, oraz wskutek osłabienia odporności, właściwej każdemu organizmowi infekcja, może już w pierwszej dobie przedostać się przez błędnik, wywołać poza tem zapalenie opon mózgowych, zabijając chorego. *Jansen* w ten

sposób mówi o takich wypadkach: „dass eine Media am Abend entsteht, am nächsten Mittag schon ein Durchbruch ins Labyrint erfolgt und nach 4 Stunden schon Meningitis vorhanden. Da hilft selten eine Operation: da hinken wir immer nach".

Wreszcie zapalenie ucha środkowego już w samym początku może przyjąć charakter septyczny, wywołać zapalenie błędnika, a poza tem idzie i zapalenie opon mózgowych; dokonana zaś w takich wypadkach operacja może wcale nie wykryć ropy. Meningitis w ostrem zapaleniu ucha środkowego daje w większości wypadków bardzo złe rokowanie. Nie ratuje tu tak zwana „wczesna" operacja, która, jak wiadomo, zyskuje coraz to większą ilość przeciwników. Tak *Erdelyi* w ostatniej swej pracy kategorycznie wypowiada się przeciw „wczesnej" trepanacji, gdyż, według niego, wątpliwem jest, czy ona w stanie zapobiec zapaleniu opon mózgowych, ponieważ to zapalenie może mieć swój początek już w okresie przedoperacyjnym. Wreszcie, operując w pierwszym okresie choroby, można ropy wcale nie znaleźć, co, według *Erdelyi*'ego zabieg ten czyni bezskutecznym, a nawet połączonym z całym szeregiem innych niebezpieczeństw dla chorego, ze względu na brak granicy reakcyjnej naokoło miejsca zapalenia, oraz ze względu na nieuniknione zranienie naczyń krwionośnych i chłonnych.

Prof. *Aleksander* w innej sprawie również się wypowiada przeciw wczesnej operacji, która, według niego, daje długo niegojące się przetoki, co w związku z meningitem nie jest na tyle ważne, lecz głównie dlatego, że nawet doświadczony otjatra, podczas poszukiwania głęboko położonych komórek ropnych, może zranić oponę twardą lub ścianę zatoki. O ile smutne są przepowiednie przy zapaleniu opon mózgowych, powstałem po ostrem zapaleniu ucha środkowego, sądzić możemy według tych samych artykułów *Mauthner'a i Erdelyi'a*, nie wspominających ani jednego wypadku wyleczenia. Ja byłem dotychczas szczęśliwszy, mając na 4-ch chorych 3 wypadki śmierci. Nic więc dziwnego, że artykuł *Haymana* jest przesiąknięty beznadziejnym pesymizmem.

Jakiemi rozporządzamy środkami i możliwościami, aby zapobiec tworzeniu się zapalenia opon mózgowych przy ostrem zapaleniu ucha środkowego? *Hayman* widzi we wczesnej paracentezie jedyny środek zapobiegawczy, który może spełnić to zadanie.

Czy może w wypadkach ciężkiego zapalenia ucha środkowego zapobiec tworzeniu się zapalenia opon operacja dokonana w pierwszym tygodniu choroby? — trudno jest odpowiedzteć na to pytanie

po tem wszystkiem, cośmy słyszeli wyżej o „wczesnej“ operacji. A dalej skąd mamy tę pewność, że burzliwie zaczynające się zapalenie ucha środkowego bezwarunkowo zakończy się meningitem, a nie weźmie po upływie kilku dni obrotu spokojniejszego?

Teraz słów kilka o metodzie operacji. Prof. *Scheibe* i jego szkoła w ostrych wypadkach, jak wiadomo, operują tylko wtedy, gdy mają podstawę do przypuszczenia empyematu, ograniczając się jedynie do jego opróżnienia. *Scheibe* przypuszcza, że odnalezienie i oczyszczenie wszystkich komórek zewnętrznych i wewnętrznych jest zadaniem nie do wypełnienia, a więc i niewdzięcznem, które zwykłą operację zamienia w bardzo ciężki dla chorego zabieg.

Erdelyi we wszystkich wypadkach operuje według *Neumanna*, to znaczy metodą bardzo radykalną, w stu procentach uprzedzającą konieczność reoperacji. Z takiem zapatrywaniem zgodzić się nie mogę: w swej długoletniej szpitalnej pracy zaledwie w pojedyńczych, bardzo rzadkich wypadkach, byłem zmuszony do dokonania reoperacji; operując zaś według *Scheibe*'go, przy całkowitem zaszyciu rany, osiągałem wyzdrowienia po upływie 7—14 dni,

Należy się przytem przyznać, że jeszcze do dziś dnia nie nauczyliśmy się ściśle konstatować zajęcia głęboko położonych komórek. Wprawdzie wiemy już, że choroba komórek przytrąbkowych jest połączona z obrzękiem bocznej ściany gardła, bólami neuralgicznemi nerwu trójdzielnego i paraliżem, n. abducentis. Ale i to może przeminąć bez śladu. Zropienie komórek szczytowych może wywołać zespół Gradenigo. Mało pomaga i rentgenologja, która w interesującej nas dziedzinie daleka jest od doskonałości. Z tego wszystkiego wyraźnie wypływa taki wniosek, że samą operacją, czy jej dokonamy w pierwszym tygodniu choroby, czy w drugim — trzecim tygodniu, nie jesteśmy w stanie w wypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, ani zapobiec zapaleniu opon mózgowych, ani ratować chorego, dotkniętego już tą komlikacją. Konieczna jest już w pierwszych dniach walka ze zjadliwością bakteryj, oraz pobudzenie naturalnych zdolności organizmu do walki z nią. *Hayman* widzi we wczesnej paracentezie jedyny środek zapobiegawczy; ja, zupełnie z tem się zgadzając, uważam za konieczne przeprowadzenie badania bakterjoskopijnego po każdej dokonanej paracentezie. Takie samo badanie stosuję, naturalnie i u chorych z powstałem ropieniem. W ten sposób dowiadujemy się z jakiego rodzaju bakterją mamy do czynienia, aby w miarę potrzeby przygotowac szczepionkę, albo zastosować odpowiednią surowicę. Potwierdzenie mojego zapatrywania znalazłem

w artykule *Mauthnera*: „Klinische Studien zur otogenen Meningitis“, wydrukowanym w IX książce M. f. O. roku bieżącego. Wskazano tam, między innemi, w jakich wypadkach należałoby stosować „Chemoprophylax und Immunoprophylax“, a mianowicie:

1) W wypadku, kiedy ostre zapalenie ucha środkowego poprzedza uraz głowy.

2) W wypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, powstałego nie podczas choroby zakaźnej, jeżeli po paracentezie t^0 uporczywie nie spada, albo nabiera charakteru septycznego, albo septyczno-piemicznego.

3) We wszystkich wypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego ze streptokokową infekcją, a zwłaszcza przy streptococus haemoliticus.

Ze swej strony uważam za konieczne dodanie punktu

4) We wszystkich wypadkach ostrego zapalenia ucha środkowego, gdy z anamnezy wynika, że chory pochodzi z rodziny ze słabą odpornością organizmu, lub sam ciężko przechodzi wszelką chorobę.

Są to rzeczy jakgdyby same przez się zrozumiałe i z łatwością dające się przeprowadzić w klinice lub we wzorowo urządzonym szpitalu, gdzie do usług lekarza znajduje się dobrze urządzone laboratorjum. Lecz jakże często zdarza się pracować w zwykłych warunkach domowych wśród ludzi nierzadko niekulturalnych. Sama propozycja przeniesienia chorego do odpowiedniego zakładu napotyka czasami na nieprzezwyciężony upór ze strony rodziny. Potrzebna jest duża wytrwałość ze strony otjatry, wyraźnie zdającego sobie sprawę z następstw, mogących stać się tragicznemi. Konieczny jest i współudział lekarza domowego, który dużo może pomóc otjatrze *pod warunkiem jednak, że jest on obeznany z tą sprawą.*

W tym właśnie celu pozwoliłem sobie zająć uwagę Sz. Państwa niniejszym odczytem.

W końcu dla ilustracji przedstawię 4 historje choroby w skróceniu.

1. Dwa lata temu został dostarczony do szpitala w stanie nieprzytomnym nauczyciel szkoły ludowej 35-ciu lat. 3 tygodnie przedtem, według słów żony, przechodził katar, połączony z podwyższoną ciepłotą: wkrótce zjawiły się bóle w lewem uchu. Tydzień przed przybyciem do szpitala, chory przyjechał do Wilna, gdzie dwukrotnie dokonano mu paracentezy. Przy nieznacznym ropieniu chory wrócił do domu. Bóle głowy nie ustąpiły, t^0 między 38—39. Stan zdrowia stopniowo się pogarszał. Niedługo przed przybyciem do szpitala za-

czyna tracić przytomność. Badanie wykryło obok ropnego zapalenia ucha środkowego i mastoiditu, wszystkie oznaki zapalenia opon mózgowych, co również stwierdzone zostało punkcją mózgowo-rdzeniową, która wykryła bardzo mętny płyn pod dużem ciśnieniem. Dokonana operacja nie uratowała chorego; na trzeci dzień nastąpił zgon.

2. W czerwcu r. b. zostałem wezwany do chorego, nazajutrz po rozpoczęciu się bólów w lewem uchu. Chorego, zarówno jak i rodzinę, z której pochodzi, znałem dobrze. W rodzinie tej, której ojciec jest widocznie gruźlikiem, często i ciężko chorują. Następnego dnia zrobiłem paracentezę, która nie wpłynęła ani na temperaturę, ani na ból głowy. W pierwszej dobie wyciek był bardzo nieznaczny wyrostek bolesny nawet przy lekkiem ucisku, lecz obrzęku nie było Po krótkim czasie zjawiło się obfitsze ropienie. Chory, człowiek wogóle nerwowy, cały czas skarży się na bóle głowy i bezsenność, t^0 około 38-iu. Taki stan trwa cały tydzień, następnie gorączka spada do normy, bóle głowy, wrażliwość wyrostka znikają zupełnie, wydzielina staje się jasną, prawie śluzową, słuch się polepsza. Chory w stanie spokojnym; wszystko wróży zupełne wyzdrowienie. Ze względu na prośby matki i ze względu na doskonałe samopoczucie chorego, opuściłem nawet jeden dzień, nie wizytując chorego. Nagle, o godzinie 2-jej w nocy, w dwunastym dniu choroby, po dwóch dniach doskonałego samopoczucia, chory obudził się wskutek silnych bólów głowy; zjawiły się wymioty, t^0 znowu się podniosła do 38-iu stopni. Chorego zobaczyłem o 4-ej nad ranem i postawiłem przypuszczalne rozpoznanie początku zapalenia opon mózgowych. O ósmej rano stan bez zmiany, chory bardzo niespokojny, z trudem daje się zbadać, Kernig już występuje. Po naradzie z p. dr. *Świerzyńskim*, postanowiliśmy dokonać trepanacji, chociaż zwykłych objawów mastoiditu nie było. Chorego przewieziono do lecznicy, gdzie o godzinie 13-ej znaleźliśmy go w stanie zupełnej nieprzytomności. Dokonana b. obszerna trepanacja *nigdzie ropy nie wykryła*. Punkcja kanału mózgowo-rdzeniowego dała mętny płyn pod dużem ciśnieniem. Analiza wykryła czyste diplokoki. O godzinie 2-iej w nocy chory skonał.

Ten właśnie wypadek naprowadził mnie na myśl, że nawet w 1-ym tygodniu dokonana operacja, nie mogła, wobec osłabionej odporności organizmu, zapobiec przeniesieniu się infekcji na opony mózgowe. Być może hemoterapja oraz terapja odpornościowo-biologiczna byłyby w danym wypadku bardziej skuteczne.

3. E. B. 18-tu lat. Wstąpił 18.VIII r. b. do szpitala Św. Jakóba po trzech tygodniach ropienia z lewego ucha, kiedy poza uchem utworzył się już ropień podokostnowy. Temperatura 39,2, w ciągu 4-ch dni stopniowo spadała, a w dzień operacji 22.VIII doszła do 36,6. Podczas operacji wykryto: ropień podokostnowy i przetokę; cały wyrostek rozmiękczony, wypełniony ziarniną; podczas zabiegu obficie krwawiło. Przy zakończeniu wyłyżeczkowania natrafiono na przodującą zatokę, która została trochę zraniona. Krwawienie prędko ustąpiło po zatamponowaniu gazą jodoformową. Od następnego dnia temperatura zaczyna się podnosić, dochodzi na 3-ci dzień do 40,9, a poza tem waha się pomiędzy 39—40. Chory skarży się na bóle głowy; dreszczów nie miał. Na 5-ty dzień usunięty został z rany tampon; rana czysta, granuluje. Naokoło rany nacieków ani zaczerwienienia nie zauważono; chory skarży się na bóle głowy. 1.IX chory w stanie pewnego zamroczenia, senny. Czasem majaczy. Poraz pierwszy wystąpił objaw Kerniga. W płucach rozległe rzężenia. Przystąpiono do rewizji rany, która została rozszerzona w kierunku dołów czaszkowych z obnażeniem zatoki i opony twardej. Ropy nigdzie nie wykryto. Nakłucie mózgu również ropy nie dało. Zatoka normalna, niezaczopowana. Nakłucie kanału mózgowo-rdzeniowego dało płyn klarowny pod dużem ciśnieniem. Badanie płynu stwierdziło obecność paciorkowców oraz małą ilość leukocytów. Choremu zaordynowano Urotropinę dożylnie oraz autohemoterapję. Stan chorego zaczyna się polepszać, t^0 obniża się i po 8-miu dniach dochodzi do normy. Bóle głowy również ustępują. Jeszcze 19.IX, kiedy nakłucie kanału mózgowo-rdzeniowego dało płyn nieco mętny, Kernig i Babiński słabo dodatnie. W protokóle zaś laborat. Szp. Żydowskiego odnotowano obecność dipl. bacilli i laseczników Gram (—). 27.IX Kerniga już niema. Chory czuje się b. dobrze. 30.IX wypisany ze szpitala z małą, dobrze gojącą się raną.

W tym wypadku już na drugi dzień po operacji t^0 się podnosi, dochodzi rychło do 40^0 i wyżej, na ósmy dzień występują objawy meningitu. Chory jednak wyzdrowiał dzięki młodemu wiekowi i późnemu powstaniu zapalenia opon. Myślę, że zastosowana terapja odegrała pewną rolę.

Dzisiaj mogę już podać i 4-ty przypadek, który, niestety, kończy się tragicznie.

Chodzi o kobietę lat 43, która po zaziębieniu się dostała na 4-ty dzień bólów w lewem uchu. Po paru dniach bóle ustąpiły; po tygodniu znów zjawiły się bóle ucha oraz głowy. Zwróciła się do mnie

w 14 dniu choroby. Ucho nie ropieje, błona zgrubiała, zlewa się ze skórą przewodu; słuch znacznie obniżony. Macanie wyrostka — trochę bolesne. Paracenteza; ropy nie otrzymano. Ulokowana w lecznicy celem obserwacji. Nazajutrz wystąpiły objawy meningitu: sztywność karku, Kernig, zwolnione tętno. Mętny płyn, pod dużem ciśnieniem z kanału mózgowo-rdzeniowego. Po naradzie z p. prof. *Szmurło* dokonano Mastoidektomji, połączonej z krzyżowem cięciem opony twardej w dołku średnim. Wszystkie komórki pełne śluzowo-ropnego płynu; błona śluzowa nabrzmiała Operacja jednak nie uratuje nam chorej, która już jest w stanie agonalnym.

Z poradni fonologicznej przy Klinice Uszno-gardlanej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Kliniki Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

Przyczynek do badania szeplenienia bocznego.

Dr. BENEDKT DYLEWSKI
St. asystent Kliniki.

Przyczyny szeplenienia dotychczas nie są jeszcze dokładnie ustalone. W każdym poszczególnym przypadku możemy zwykle z mniejszą lub większą pewnością przyjąć kilka z wysuwanych przyczyn (dziedziczność, spóźniony rozwój mowy, złe przyzwyczajenie, niedostateczną uwagę, nieprawidłowości w uzębieniu i t. d.). Szczególnie ważną rolę, jak pokazują nasze badania *), odgrywa w powstawaniu szeplenienia chociażby nawet przemijające upośledzenie słuchu w okresie rozwoju, kształtowania się mowy, kiedy prawidłowy obraz słuchowy dzwięku nie został jeszcze dostatecznie mocno utrwalony i skojarzony z prawidłowemi ruchami mięśni mowy. Jednakże wyniki dotychczasowych badań szeplenienia nie pozwalają nam z pewnością w każdym przypadku tę, lub inną przyczynę przyjmować jako decydującą. Rozbieżność zdań w kwestji szeplenienia panuje zwłaszcza w poglądach o wpływie organicznych zmian narządów mowy, głównie wad uzębienia na powstawanie tego cierpiennia. *Nadoleczny* np. nawet omawia szeplenienie w rozdziale bełkotania nie funkcjonalnego, a organicznego pochodzenia. *Froschels* zaś z całą stanowczością zalicza szeplenienie do wad czysto czynnościowych. Szczególnie

---

*) Szeplenienie i jego leczenie w świetle nowszych badań i spostrzeżeń. Polski Przegląd Otol. T. VI zeszyt 2—3.

dużo niepewności jest w kwestji wpływu uzębienia na powstawanie szeplenienia bocznego (Sigmatismus lateralis). W tem cierpieniu które polega na tem, że powietrze wydychane podczas wymawiania dźwięków syczących wychodzi nie środkiem ust, a z boku, dźwięki S, C, Z, SZ, CZ przytem są bardzo zniekształcone i brzmią podobnie do L wielu autorów często stwierdzało braki, nieprawidłowy rozwój, lub wadliwe ustawienie zębów bocznych. *Nadoleczny* mówi, że w przypadkach szeplenienia bocznego prawie zawsze jest niedomykalność, lub brak zębów bocznych, przez które wychodzi powietrze podczas wymawiania syczących dzwięków. *Gutzzmann* stwierdził nieprawidłowości uzębienia w 92% przypadków szeplenienia bocznego. Dlatego też wielu autorów w przypadkach Sigmatismus lateralis przypisują duże etjologiczne znaczenie anomaljom uzębienia. Jednakże pomimo zachęcającej łatwości wytłumaczenia lukami bocznemi w uzębieniu powstania szeplenienia bocznego, liczne fakty zmuszają te luki zębowe boczne uznać za podrzędną przyczynę, ułatwiającą tylko powstawanie sigmatismus lateralis i to tylko w pewnych sprzyjających wypadkach. Najbardziej przemawia przeciwko ważności tej przyczyny spostrzeżenie, że ogromna liczba ludzi, mających podobne wady w uzębieniu, nie wykazuje żadnych zboczeń mowy.

W pracy wspólnej z prof. *Fröschelsem* *) zanotowaliśmy szereg obserwowanych przypadków sigmatismus, przemawiających przeciw organicznemu pochodzeniu szeplenienia. W tych przypadkach anomalje uzębienia nie wyjaśniały mechanizmu wadliwej fonacji. Ogólnie zostało przyjęte, że w przypadkach szeplenienia bocznego wydychane podczas fonacji wadliwych dźwięków powietrze wychodzi między bocznemu zębami. Według *Nadolecznego* powietrze to wychodzi między kłami, a według *Gutzmanna*—między bocznemi brzegami języka a wyrostkami zębodołowemi. *Fröschels* wprost mówi, że powietrze wychodzi z jednej, albo rzadziej z obu stron ust **). Niżej podaję obserwowane przez siebie pouczające przypadki sigmatismus lateralis rzucające nieco światła na sprawę powstania i mechanizmu tego cierpienia.

Przypadek I. Sz. Witold, 12 lat, uczeń. Poród normalny. Zaczął chodzić w 11 miesiącu życia. Dziedzicznie nie obarczony. Inteligencja nie upośledzona. Narządy wewnętrzne bez zmian. Podniebie-

*) Monatschrift f. Ohr. Jg. 63 H. II. „Beiträge zur Sigmatismusfrage".
**) Nadołeczny „Lehrbuch der Sprach. und Stimmheilkunde". 1926.
Gutzmann „Sprachheilkunde". 1924.
Fröschels „Lehrbuch der Sprachheilkunde". 1925.

nie wysokie, gotyckie. Zęby zdrowe. Po obu stronach niedomykanie bocznych zębów, wskutek czego między górnemi i dolnemi przedniemi zębami trzonowemi pozostaje szpara. Mowa niewyraźna wskutek wadliwego wymawiania syczących dźwięków, które są podobne do L. Wydechane podczas fonacji tych dźwięków powietrze wychodzi z prawego kąta ust. Podczas wymawiania S prawy brzeg języka przylega do prawych górnych, bocznych wyrostków zębodołowych, koniec zaś języka przylega z tyłu do lewego, górnego siekacza. Podczas wymawiania SZ, CZ i Ż prawy brzeg języka ustawia się tak samo jak i przy S, a koniec jego przylega do podniebienia twardego w linji środkowej. Podczas fonacji tych wszystkich dźwięków dolna szczęka nieco się obniża, a prawy kąt ust przeciąga się ku stronie prawej. Celem dokładnego ustalenia kierunku prądu wydychanego powietrza, notowaliśmy go na kimografjonie, przykładając koniec kateteru usznego, połączonego z bębenkiem Marreya, po kolei do wszystkich przestrzeni międzyzębowych w linji zgryzu obu szczęk. Dotychczasowy używany powszechnie sposób sprawdzania, z którego kąta ust wychodzi wydechane powietrze, uważaliśmy za mało dokładny. W trakcie naszego badania okazało się, że powietrze nie wychodziło, jakby się należało spodziewać, z prawej bocznej luki między niedomykającemi się zębami, a między ostatniemi zębami trzonowemi i policzkiem.

Przypadek II. Sz. Zygmunt 9 lat, uczeń, brat pierwszego chorego. Więcej w rodzinie niema nikogo z wadami mowy. Rodzice mówią dobrze. Poród normalny. Zaczął chodzić w wieku 12 miesięcy. Początek mowy w końcu drugiego roku życia. Inteligencja nie upośledzona. Z początku mówił wyraźniej od swego starszego brata, ostatnie zaś dwa lata mówi coraz gorzej. Wszystkie dźwięki syczące wymawia wadliwie podobnie do L przeciągając w prawo i nieco unosząc kąt ust. Dolna szczęka przytem nieco się opuszcza. Zęby dobre. Mierna prognathia. Podczas wymawiania S, C, Z, SZ, CZ i Ż prawy brzeg języka przylega do górnych, bocznych wyrostków zębodołowych. Przednia część języka podczas wymawiania S i CZ zbacza w lewo, dotykając tylnej strony lewych górnych siekaczy. Sam zaś koniec języka przylega do lewego dolnego kła. Czasami podczas wymawiania CZ koniec języka ustawia się inaczej, przylegając z tyłu do drugiego, górnego lewego siekacza. Przy Ż koniec języka dotyka lewego, górnego kła, a podczas wymawiania SZ zbacza jeszcze bardziej w lewo, dotykając pierwszego, lewego, górnego zęba trzonowego

Badanie z kimografjonem kierunku wydechanego powietrza podczas wymawiania syczących dźwięków wykazało, że powietrze wychodzi przytem tylko między prawemi ostatniemi zębami trzonowemi i policzkiem. Od czasu do czasu przy większej uwadze, chory wymawia te dźwięki nieco poprawniej i wówczas stwierdza się, że powietrze jednocześnie, ale znacznie słabszym strumieniem wychodzi też i między lewemi, przedniemi zębami trzonowemi.

Przypadek III. W. Irena 7 lat, uczenica. Dziedzicznie nie obarczona. Poród normalny. Inteligencja nie upośledzona. Narządy wewnętrzne bez zmian. Początek mowy w końcu drugiego roku życia. Chod w 12 miesiącu życia. Wszystkie zęby zdrowe. Prognathia miernego stopnia. Prawe boczne zęby nie zupełnie się domykają, pozostawiając lukę między prawemi zębami trzonowemi obu szczęk. Wadliwie wymawia tylko dźwięk SZ (szeplenienie boczne), przeciągając w prawo i nieco unosząc kąt ust. Wydychane przytem powietrze wychodzi tylko z prawego kąta ust.

Podczas wymawiania SZ prawa połowa języka unosi się wyżej niż lewa i przylega do górnych, prawych bocznych wyrostków zębodołowych. Koniec języka przytem zbacza w lewo i dotyka górnego, lewego kła. Badanie z kimografjonem wydychanego podczas fonacji SZ powietrza kolejno we wszystkich przestrzeniach międzyzębowych wykazało, że powietrze przytem przechodzi tylko między ostatniemi prawemi zębami trzonowemi i policzkiem. Wbrew oczekiwaniu powietrze przez lukę międzyzębową nie wychodziło.

Przypadek IV. A. R. 12 lat uczeń ze szkoły dla umysłowo upośledzonych. Stopień inteligencji odpowiada wiekowi 8 lat. Dziedzicznie nie obarczony. Zaczął mówić w początku trzeciego roku życia. Poród prawidłowy. Narządy wewnętrzne bez zmian. Uzębienie dobre, tylko zęby ustawione są rzadko. Wysokie, gotyckie podniebienie. Szeplenienie boczne. Wszystkie dźwięki syczące wymawia wadliwie, podobnie do L, przeciągając kąt ust w prawo. Wydechane podczas fonacji tych dźwięków powietrze wychodzi z prawego kąta ust. Prawa połowa języka przylega przytem do górnych, bocznych zębów, a koniec języka—do lewego górnego kła. Badanie z kimografjonem wydechanego podczas fonacji powietrza wykazało, że najwięcej i najsilniej powietrze wychodzi między ostatniemi prawemi zębami trzonowemi i policzkiem. Pozatem jednocześnie powietrze wychodzi też, ale znacznie słabszym strumieniem między wszystkiemi prawemi zębami bocznemi prawemi.

We wszystkich naszych przypadkach mieliśmy nieprawidłowości w uzębieniu, które pozornie niby wyjaśniają mechanizm powstania cierpienia, zwłaszcza w przypadkach z bocznemi lukami międzyzębowemi po stronie wydychanego powietrza. Używany dotychczas sposób określania tylko, z jakiego kąta ust wychodzi podczas fonacji powietrze, potwierdzały przypuszczenie, że w tych przypadkach nieprawidłowości uzębienia przyczyniły się do zboczenia kierunku wydechanego powietrza i powstania szeplenienia. Jednakże zastosowany przez nas dokładniejszy sposób określania kierunku wydychanego powietrza wykazał, że pomimo obecności luk międzyzębowych powietrze wychodziło zupełnie inną drogą między ostatniemi zębami trzonowemi a policzkiem. Należy więc szukać gdzie indziej przyczyny cierpienia. Podwójny sposób wymawiania dźwięku CZ w naszym drugim przypadku również przemawia za tem, że przyczyna choroby jest czynnościowa i nie zależy bezpośrednio od uzębienia. Teraz staje się zrozumiałem, dlaczego w naszych, jako też i w wielu innych opisywanych przypadkach szeplenienia bocznego powietrze wychodziło podczas fonacji wadliwych dźwięków po stronie bardziej unoszącej się połowy języka aż do ścisłego przylegania do wyrostków zębodołowych, a nie po stronie przeciwległej, gdzie niższe ułożenie połowy języka zdawało by się ułatwiać wyjście z ust powietrza. Ten fakt może być wytłumaczony w ten sposób, że język, unosząc się po jednej stronie wyżej i przylegając do wyrostków zębodołowych i do podniebienia twardego, stwarza dla przejścia powietrza inną drogę, między podstawą wyżej unoszącej się połowy języka za ostatniemi zębami trzonowemi i policzkiem. Dokładniejszy sposób określania ilości, siły i kierunku wydychanego podczas fonacji nie tylko wadliwie, ale i normalnie wymawianych dźwięków, kolejno przy każdym zębie oddzielnie, niewątpliwie przyczyni się w znacznej mierze do wyjaśnienia wielu kwestyj z dziedziny fizjologji i patologji głosu i mowy.

DYSKUSJA.

Miodoński Jan. Przypadek anizokorji w następstwie uszkodzenia ucha.
Polska Gazeta Lekarska 1931 r. Nr. 7.

Chłopczyk 5-cio letni włożył sobie fasolkę do lewego ucha. Tegoż dnia lekarz niespecjalista przez trzy godziny, przy pomocy łyżeczki, bez uśpienia, starał się wydobyć obce ciało, przyczem przy manipulacjach tych krew lała się obficie z ucha, nastąpiły też ***wymioty i omdlenie.***

Przy badaniu w tymże dniu w klinice oto-ryno-laryngologicznej w Krakowie okazało się, że chłopak, chodząc, ***szeroko rozstawia nogi i zatacza się co kilka kroków w lewą stronę.*** Wzgórek pozbawiony pokrycia, w okienku owalnem brak strzemiączka. *Oczopląs* w prawo. Romberg w lewo. Przy zwrocie głowy ku lewemu ramieniu chory pada w tył — lewo, przy zwrocie ku prawemu ramieniu — pada ku przodowi. Objaw omijania w lewo. Źrenica lewa węższa niż prawa. Operacja doszczętna nie wykryła obecności ani fasoli ani strzemiączka. Dwie pozostałe kosteczki słuchowe znaleziono leżące swobodnie na dnie jamy bębenkowej. Wykonano nadto otwarcie błędnika. Następnego dnia nierówność źrenic znikła.

Autor przypisuje anizokorję urazowi w uchu środkowem (zdarcie nabłonka na wzgórku pociągnęło za sobą uszkodzenie przebiegających tam włókien nerwu współczulnego). Mojem zdaniem zupełnie niesłusznie. Bo jeśli, jak sądzi autor, przyczyną było wyskrobanie (przez niedoświadczonego w sprawach usznych lekarza) śluzówki, pokrywającej wzgórek, to wszak operacja w niczem nie zmieniła stanu śluzówki, gdyż ta w ciągu kilkunastu godzin zagoić się nie mogła, jak nie mogły się zagoić przebiegające w tym miejscu włókna nerwowe układu współczulnego. Natomiast zmienił się stan błędnika, a wraz z tą zmianą znikła anizokorja. A że mieliśmy tu do czynienia z zaburzeniem błędnikowem, dowodzą tego takie objawy jak: wymioty, chód, charakterystyczny oczopląs, objaw omijania, padanie. To też, dzięki słusznie przez autora wykonanej operacji błędnika, także i te zaburzenia wkrótce potem znikły.

Nie ulega więc wątpliwości, że w danym przypadku nierówność źrenic była również pochodzenia błędnikowego i, że nie powstała ona, jak to mylnie sądzi autor, z powodu zmian patologicznych w uchu środkowem.

Objaw nierówności źrenic (zarówno rozszerzenie jak i zwężenie źrenicy) w zaburzeniach błędnika spostrzegany był tak doświadczalnie jak i klinicznie przez rozmaitych autorów, zarówno po tej samej, co i chory błędnik stronie, jak i po stronie przeciwnej. Ja sam spostrzegałem kilka takich wypadków.

Dyonizy Hellin.

(Odpowiedź dyskusyjna D-ra Jana Miodońskiego D-rowi Dyonizemu Hellinowi w sprawie anizokorji w następstwie uszkodzenia ucha).

W sprawie opisanego przypadku otrzymałem 19.II 1931 r. list prywatny od p. D-ra Hellina, w którym tenże dyskutuje możliwość opisanej przeze mnie etjologji nierówności źrenic i dochodzi do przekonania, że „raczej szło tu podrażnienie przez jądro Deitersa, tylny pęczek podłużny do jąder nerwu okoruchowego".

Hypoteza taka była istotnie nieraz podnoszona (od czasów Camisa). Wpływ bodźców błędnikowych na szerokość źrenic istotnie „nie ulega wątpliwości".

Jednak błędnikowe tłumaczenie jednostronnej homolateralnej miozy nasuwa wątpliwości od czasów badań eksperymentalnych de Kleyna i Spiegla, przeze mnie zaś przytoczona etjologja jest znacznie jaśniejsza, prostsza i doświadczalnie dokładniej prześledzona, dlatego też ją przyjąłem.

Co do związku miozy z operacją labiryntu, — to łatwo jest powiedzieć — post hoc — ergo propter hoc, — udowodnić jednak trudniej. W każdym razie w czasie, gdy zaburzenia źrenicze kompensowały się, drżenie było jeszcze o tej samej sile, co wtedy, gdy mioza była zaznaczona. Jeśli więc D-r Hellin podnosi hypotezę labiryntową, to na tej podstawie, że naruszony był labirynt, i że mioza trwała krótko, co uważam za zbyt niedostateczną podstawę do orzekania, że w danym przypadku była nierówność źrenic „niewątpliwie labiryntowego pochodzenia". Niewątpliwą według dzisiejszych pojmowań być nie mogła, gdyż samo l a b i r y n t o w e pochodzenie homolateralnej miozy jest wątpliwe u osobnika z prawidłowym systemem nerwowym.

Co do spostrzeganych przez D-ra Hellina przypadków, to zastrzec się muszę, że ich nie znam—z wyjątkiem jednego, który omawia we wspomnianym liście, a należącego jak się zdaje do nerwic odruchowych z ucha.

Kraków, dnia 26 marca 1931. *D-r Jan Miodoński.*

Streszczenia.

H. NEUMAN. W sprawie zapaleń wyrostka sutkowego. (I Congres internat d'oto rhino-laryngol.).

Mówiąc o powikłaniach, rozwijających się w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, autor przytacza interesujące dane z własnej statystyki, obejmującej 1302 operowane przypadki. Największa liczba dokonanych zabiegów przypadała na 3-ci i 4-ty tydzień choroby usznej; natomiast powikłania wewnątrz-czaszkowe występowały najliczniej już to w pierwszym tygodniu, lub też dopiero po upływie 6 — 8 tygodni. W międzyczasie, a zwłaszcza w 3 cim i 4-ym tygodniu choroby, gdzie ilość dokonanych wydłutowań była najwyższą, omawiane powikłania zdarzały się b. rzadko. Największa (sięgająca nawet 25%) śmiertelność przypadała właśnie na pierwszy tydzień schorzenia, natomiast przy tej samej liczbie powikłań, powstałych w późniejszych okresach trwania choroby, śmiertelność wybitnie się zmniejszała. Niewątpliwie na stan ten wpływ mają: złośliwość zarazka, dalej, trudności rozpoznawcze z powodu nieomal błyskawicznego rozwoju powikłania; wreszcie, zamaskowanie istotnego stanu ucha przez szereg współtowarzyszących objawów, stojących często w związku z zakażeniem ogólnem (choroby dróg oddechowych, grypa i t. p.).

Nic więc dziwnego, że pierwsze, niewyraźne objawy nie zawsze są odpowiednio oceniane. Utarło się przeto pojęcie, iż objawy kliniczne w przebiegu ostrego zapalenia uszu nabierają ważkości dopiero w miarę przedłużania się cierpienia. Uświadomienie sobie tych okoliczności powinno nas pobudzać do zdwojonej uwagi, by przez dokonanie zabiegu w odpowiednim momencie możliwie ograniczyć niebezpieczeństwo wcześnie występujących powikłań.

Polemizując z Witmaak'em, autor orzeka, że powikłania, wcześniej występujące nie stwarzają jednak stanu zupełnej beznadziejności. Zwłaszcza rozpoczynające się zapalenia opon mózgowych, mogą być rozpoznane drogą nakłucia lędźwiowego nawet w b. wczesnym okresie; rozpoznanie w odpowiednim czasie może udostępnić opanowanie niektórych przypadków.

Wychodząc więc z tego założenia, autor radzi przy każdem ostrem zapaleniu o przebiegu b. burzliwym wcześnie zacząć robić nakłucia. Gdy badanie cytologiczne i chemiczne płynu nie wyjaśnia odrazu stanu, nakłucie należy powtórzyć dnia następnego, lub trzeciego. Wynik ostatniego badania w zestawieniu porównawczem z poprzedniem będzie miarodajnym dla określenia linji naszego postępowania. Tylko podobnie postępując, udaje się nieraz ustalić rozpoznanie w odpowiedniej chwili. Autor cytuje 5 przypadków (z liczby 8), gdzie tylko dzięki natychmiastowej operacji udało się uratować życie chorego. Wśród nich były przypadki z płynem wyraźnie ropnym i zawierającym zarazki. W przypadkach posocznicy, jako wczesnego powikłania, autor jest zdania, iż zabieg nie jest tak naglący,

przeto stan ten może być dostatecznie wyjaśniony drogą odnośnych badań krwi.

W. Gumiński.

SOURDILIE. Atticotomja po przez wyrostek sutkowy. (L'atticotomie transmastoidienne. I Congres internat. d'oto-rhino-laryng.).

Autor jest zdania, iż w określeniu pojęcia—operacji „doszczętnej—zachowawczej“ tkwi dużo nieścisłości. Proponuje przeto utrzymanie określenia, opartego na danych anatomicznych. Z pośród zapaleń ropnych ucha środkowego autor wyeliminowuje zasadnicze 3 grupy.

Pierwsza — to ropienie z trąbek; do grupy drugiej należeć będą przypadki ropienia w obrębie uchyłka nadbębenkowego z defektem w błonie wiotkiej; grupę trzecią stanowić będą ropienia, pochodzące z uchyłka i jamy bębenkowej. Podział ten jest ważny ze względu na różnicę w umiejscowieniu schorzenia i widoki skuteczności podjętego leczenia. Przy ropieniach bowiem z trąbki wogóle istnieje mało szans trwałego wyleczenia. W przypadkach 3-ej grupy, gdzie maximum zmian umiejscawia się na powierzchni wewnętrznej kosteczek i przeciwległej im ścianie uchyłka i jamy bębenkowej), wyleczenie drogą atticotomji z zachowaniem kosteczek jest b. problematyczne, zwłaszcza w przypadkach zadawnionych. Natomiast najwdzięczniejsze pole do osiągnięcia wyleczenia na tej drodze stanowią przypadki ropienia w obrębie uchyłka (z defektem w błonie wiotkiej). Tu omawiana operacja jest bardzo wskazana, zwłaszcza jeśli może być wykonana możliwie wcześnie. W przypadkach tych zmiany kostne po większej części umiejscawiają się na zewnętrznej powierzchni kosteczek i zwróconej ku nim ścianie uchyłka. Ostatnia, będąc zniesioną, udostępnia obserwację i leczenie schorzałych części kosteczek. Są tu wszystkie dane dla dobrego i szybkiego zabliznienia.

Co do innych okoliczności powinniśmy brać pod uwagę z jednej strony charakter schorzenia, jego umiejscowienie i rozległość, oraz czas trwania choroby. Z drugiej zaś strony należy się liczyć ze stanowiskiem socjalnem chorego, oraz stanem słuchu przed zabiegiem. Jeśli słuch przed operacją był powyżej 1,5 m., jeżeli zajęte są oba uszy, a pozycja, lub zawód chorego uzależnione są od słuchu, należy proponować mu operację zachowawczą, wysuwając jej dodatnie rezultaty, aczkolwiek nie zawsze matematycznie pewne, lecz możliwe do osiągnięcia.

W sprawie techniki operacyjnej autor radzi robić jamę operacyjną tak małą, jak dalece pozwala na to ograniczenie procesu; dalej, nie ruszać kosteczek, a celem uniknięcia wywichnięcia kowadełka niezmiernie ostrożnie zbijać ścianę uchyłka. W końcu autor wypowiada się za stosowaniem metody *Barany'ego* wszędzie tam, gdzie niema perlaka. W ostatnim wypadku należy zdaniem jego dokonać plastyki przewodu.

W. Gumiński.

Walne Zebranie Polskiego T-wa Oto-Laryngologicznego

z dnia 7-go grudnia 1930 roku.

Po zagajeniu Walnego Zebrania prezes towarzystwa d-r *J. Czarnecki* przedstawił do zatwierdzenia proponowany przez Zarząd skład Komitetu Narodowego do walki z twardzielą: Prof. *Zalewski* (Lwów) — przewodniczący, Prof. *Szmurło* (Wilno), D-r *J. Czarnecki, L. Lubliner, E. Tryjarski* (Warszawa) i skład Komitetu Narodowego do badań nad ozaeną: Prof. *Laskiewicz* (Poznań) — przewodniczący, Prof. *Zalewski* (Lwów), Prof. *Szmurło* (Wilno), D-r *Helman* (Łódź), D-r *Szwarcbart* (Kraków), oraz *Czarnecki, B. Chorążycki, Gottfryd, W. Hertz, Lubliner, Pieniążek, Koenigstein, Srebrny, Tryjarski* (Warszawa). Komitety przyjęto. Zjazd międzynarodowego Komitetu do walki z twardzielą ma się odbyć w Polsce w roku 1931.

Na wniosek dr. *J. Pieniążka* Walne Zebranie postanowiło zapisać Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne na członka Komitetu Szpitalnictwa Polskiego z siedzibą w Warszawie.

Następnie przewodniczącym Walnego Zebrania został wybrany dr. *L. Lubliner*, sekretarzem dr. *M. Jankowski*.

Sprawozdanie z działalności naukowej poszczególnych sekcyj za r. 1929/30 zdali: dr. *E. Tryjarski* z sekcji Warszawskiej, prof. *A. Laskiewicz* z Poznania, dr. *A. Schwarzbart* z Krakowa, dr. *K. Szumowski* ze Lwowa, prof. *J. Szmurło* z Wilna.

Sekcja warszawska liczy 45 członków, posiedzeń naukowych było 11. Na posiedzeniach demonstrowane były przypadki kazuistyczne ze szpitali i praktyki prywatnej, prócz tego w ciągu roku wygłoszono kilka referatów i odczytów.

Sekcja poznańska liczy 17 członków, miała 4 posiedzenia naukowe w klinice uniwersyteckiej. Po śmierci dr. *T. Dembińskiego* prezesem sekcji wybrany został prof. *Laskiewicz.*

Sekcja krakowska liczy 16 członków, odbyła 3 posiedzenia naukowe, na których prócz demonstrowania chorych wygłoszono 3 referaty.

Sekcja lwowska ma 20 członków, odbyła 4 posiedzenia, na których demonstrowano około 38 przypadków chorobowych przeważnie z kliniki uniwersyteckiej i wygłoszono kilka referatów.

Sekcja wileńska liczy 14 członków. Posiedzenia naukowe odbywają się w klinice uniwersyteckiej raz na miesiąc. Przypadki kazuistyczne demonstrowane są z kliniki, szpitali miejscowych i z Kasy Chorych. Na posiedzeniach stale były wygłaszane referaty programowe. Dokładne sprawozdania z działalności poszczególnych sekcyj ogłoszone będą w Polskim Przeglądzie Oto-Laryngologicznym.

Następnie Walne Zebranie przystąpiło do sprawozdania skarbników poszczególnych sekcyj.

Skarbnik sekcji warszawskiej dr. *F. Gottfryd* zdał sprawozdanie z ruchu pieniędzy w kasie. Kasa sekcji ma 56 zł. 95 gr., spora jednak ilość członków zalega ze składkami, co utrudnia przesyłanie pieniędzy na wydawnictwo Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego.

Sprawozdanie kasowe z sekcji lwowskiej złożył dr. *K. Szumowski.* Kasa posiada 124 zł. 35 gr., zaległość składek członkowskich wynosi 716 zł.

Po udzieleniu absolutorjum komisjom rewizyjnym z działalności kasowej

wymienionych sekcyj Walne zebranie przystąpiło do dalszego punktu porządku dziennego, t. j. do sprawozdania redaktora Przeglądu Oto - Laryngologicznego. Prof. *J. Szmurło* przedstawił stan kasowy wydawnictwa „Przeglądu" i wskazał, że jak dotąd wpływy z poszczególnych sekcyj Towarzystwa na wydawnictwo są niedostateczne. Dużą część kosztów nakładu „Przeglądu" pokrywają kliniki uniwersyteckie. Klinika lwowska, poznańska, wileńska i warszawska wniosły na wydawnictwo 2900 zł. na ogólną sumę kosztów około 5500 zł. Dla ułatwienia klinikom przeznaczenia części swej gotówki na cele tego wydawnictwa, należałoby zmienić tytuł pisma w ten sposób, by w nagłówku zostały wymienione i kliniki uniwersyteckie. Prócz tego prof. *Szmurło* w swem przemówieniu podkreślił, że mało dbamy, by zagranica czytała nasze prace naukowe. Powinniśmy do pism zagranicznych nie tylko przesyłać, jako to już czynią niektórzy koledzy, krótkie streszczenia, z naszych prac naukowych, lecz i wysyłać tam oryginalne prace. W Czechach zaczęło wychodzić pismo p. t. „Otolaryngologia Slavica", ogólnosłowiańskie, prace swe w nim drukują inni słowianie; prac polskich jednak wyszło tam dotąd bardzo mało.

W dyskusji nad sprawozdaniem i wnioskami prof. *Szmurły* zabrał głos dr. *A. Schwarzbart*. Jako stały referent spraw polskich w Centralblacie, dr. *Schwarzbart* proponuje, aby autorzy polscy przesyłali mu swe prace oryginalne, a on chętnie będzie przesyłał streszczenia tych prac do pisma niemieckiego: W sprawie zmiany tytułu Polskiego Przeglądu Oto - Laryngologicznego uważa, że przed ostateczną decyzją należałoby zasięgnąć opinji nie tylko poszczególnych sekcyj, lecz i kierowników zakładów leczniczych laryngologicznych. Dr. *Schwarzbart* obawia się, że w razie zmian na stanowisku kierowników kliniki dostęp do wydawania prac w Przeglądzie dla członków towarzystwa z poza klinik mógłby być utrudniony.

Dr. *D. Hellin* uważa, że chcąc zmniejszyć koszta wydawnictwa Przeglądu, należałoby zwiększyć w tem piśmie ilość ogłoszeń.

Prof. *T. Zalewski* podaje, że w uniwersytecie lwowskim dotąd nie miał żadnych trudności w przeznaczaniu pieniędzy na cele „Przeglądu" i zwraca uwagę, że pismo to w formie swej zewnętrznej i pod względem poziomu prac naukowych znacznie wyżej stoi od szeregu podobnych pism zagranicznych.

Dr. *F. Gottfryd* uważa, że nie jest konieczne finansowanie wydawnictwa przez kliniki uniwersyteckie. Towarzystwo może pokryć koszta wydawnictwa z własnych funduszów. Sekcje towarzystwa chętnie wyznaczą specjalne sumy i tymsamym zmiana tytułu pisma okaże się niepotrzebną.

Dr. *A. Dobrzański* w sprawie przesyłania prac polskich do wydawnictw zagranicznych proponuje stworzenie komisji przy towarzystwie, którąby ujęła w pewne ramy organizacyjne — zasilanie pism zagranicznych pracami polskiemi. Prócz tego zapytuje, czy można przesyłać do pism zagranicznych te prace, które już były drukowane w języku polskim.

Dr. *B. Chorążycki* nie uważa zmiany tutułu „Przeglądu" za rzecz konieczną tymbardziej, że z obecnych na zjeździe profesorów—prof. *T. Zalewski* i prof. *A. Laskiewicz* nie kładą specjalnego nacisku na tę zmianę.

Dr. *Z. Srebrny* radzi odłożyć sprawę zmiany tytułu pisma do czasu wypowiedzenia się w tej sprawie wszystkich naszych klinik laryngologicznych.

Po zamknięciu dyskusji prof. *Szmurło* ponownie podtrzymuje swój wniosek co do zmiany tytułu „Przeglądu", podkreśla ciężkie warunki wydawnictwa, które

jak dotąd, stawiają nieraz redakcję i administrację pisma w sytuacji prawie bez wyjścia. Zmiana tytułu pisma zabezpieczyłaby byt „Przeglądu", wtedy od klinik możnaby wymagać nadsyłania pieniędzy. Koszty nakładu jednego numeru wynoszą od 1200 do 1800 zł. Ceny wydania znacznie się podnoszą w miarę umieszczania w piśmie fotografij. Koszt np. 24 fotografij wynosi około 500 zł. Szereg kolegów, znając trudności gotówkowe „Przeglądu" przesyła do administracji pisma pieniądze na druk swoich prac. Prace w „Przeglądzie" są drukowane w ich kolejności zgłoszenia i zależnie od ważności zagadnień, jakie poruszają. Z ogłoszeń zadużo otrzymać nie można. Dotąd ogłoszenia są w stanie pokryć około 1/4 kosztów numeru. Następnie prof. *Szmurło* zwraca się do zebranych by wszyscy starali się zwiększyć ilość ogłoszeń w „Przeglądzie", jak również uważa za pożądane, by sekcje przed przysłaniem prac oryginalnych do redakcji, same przeprowadzały korektę oryginału, pozostawiając tylko korektę druku dla redakcji. Sprawy zaś zmiany tytułu pisma sam nie uważa za tak pilną, by należało ją rozstrzygnąć na dzisiejszem walnem zebraniu.

Przewodniczący dr. *Lubliner* przychyla się do zdania prof. *Szmurły* i przekazuje zmianę tytułu „Przeglądu" do dalszego rozpatrzenia nowemu zarządowi w myśl wytycznych dzisiejszego walnego zebrania. Również w imieniu walnego zebrania dziękuję prof. *Szmurle* za jego owocną pracę i trudy przy podtrzymywaniu i wydawaniu Przeglądu Otolaryngologicznego. Wtedy dr. *Schwarzbart* w imieniu oddziału szpitalnego krakowskiego zobowiązuje się złożyć na cele wydawnictwa 200 zł., za co serdecznie dziękuje mu przewodniczący Walnego zebrania i ufa, że i inne sekcje nie omieszkają przyłączyć się do ugruntowania podstaw finansowych naszego pisma. Następnie przystąpiono do dalszego punktu porządku dziennego.

W poczet członków przyjęto następujących kandydatów: Dr. *Aleksandrowicza* ze Lwowa, dr. *Bibera Jakóba* z Przemyśla, dr. *Goldinberga Majera* z Warszawy, dr. *Jabłońskiego Józefa* z Warszawy, dr. *Kindlera Henryka* z Warszawy, dr. *Okulicz-Kozaryna Piotra* z Poznania, dr. *Weinkipera Edmunda* z Warszawy, dr. *Weise Roberta* z Poznania.

Walne Zebranie nie uwzględniło kandydatury absolwenta medycyny *W. Banasiaka* do czasu otrzymania przezeń dyplomu lekarskiego.

Przystąpiono do wyboru członków Zarządu. Prezesem wybrano ponownie dr. *J. Czarneckiego.* Vice-prezesami dr. *L. Batawię* i dr. *E. Tryjarskiego.* Sekretarzem dr. *J. Tencera.* Skarbnikiem ponownie dr. *F. Gottfryda.* Bibljotekarzem dr. *J. Pieniążka.*

Redaktorem Przeglądu Oto-Laryngologicznego—ponownie prof. *J. Szmurłę.*

Do Komisji Rewizyjnej wybrani zostali ponownie dr. *Maurycy Hertz* i dr. *W. Polański.*

Po ukończeniu wyborów Walne Zebranie przystąpiło do następnego punktu porządku dziennego, t. j. do ustalenia miejsca i daty przyszłego zjazdu.

Na propozycję pr. *T. Zalewskiego* postanowiono przyszły zjazd urządzić we Lwowie w roku 1931, podczas Wszystkich Świętych.

Prof. *Szmurło* radził by zawczasu wyznaczyć na Zjazd 1931 roku referaty programowe i referentów oraz powyższe ogłosić w najbliższym numerze „Przeglądu", który powinien wyjść z druku jeszcze w tym roku.

Dr. *L. Lubliner* postawił wniosek, by bibljoteka towarzystwa nosiła miano „Bibljoteki imienia T. Herynga". Wniosek przyjęto.

Dr. *A. Schwarzbart* zaproponował, by towarzystwo otworzyło konto czekowe w P. K. O. dla ułatwienia zbierania składek członkowskich oraz zgłosił jako temat programowy najbliższego zjazdu „Zagadnienia endokrynologji i neurowegetatywne w otolaryngologji".

Dr. *D. Hellin* zaproponował jako główny temat najbliższego zjazdu „Znaczenie rozpoznawcze oczopląsu".

Przewodniczący Walnego Zebrania wnioski te przekazał do rozpatrzenia nowemu Zarządowi i, życząc jak najliczniejszego Zjazdu na przyszły rok we Lwowie, zamknął posiedzenie.

Przewodniczący Walnego Zebrania: *D-r L. Lubliner.*

Sekretarz: *D-r M. Jankowski.*

RÉSUMÉ DES ARTICLES.

J. Czarnecki. Discours du Président de la Société Polonaise d'O. R. L. à l'occasion du jubilé X-ème anniversaire. Malgré les conditions défavorables au moment de sa création la Société Polonaise d'O. R. L. a démontré une grande activité dans le domaine scientifique.

Z. Srebrny. L'histoire de Rhino-Laryngologie depuis de Tuerck et Czermak jusqu'à l'heure actuelle. Un coup d'oeil rétrospectif sur l'histoire de Rhino-Laryngologie universelle particuliérement de Laryngologie en Pologne.

J. Pieniążek. Le prof. P. Pieniążek et la clinique laryngologique à Cracovie. Une précise esquisse concernant l'organisation et la diréction de la clinique laryngologique cracovienne par le prof. P. Pieniążek.

J. Miodoński et T. Nodzyński Sur le traîtement des complications labyrinthiques dans les cas d'otite pur. Déscription de 47 observations personnelles qui documentent les conclusions des auteurs énoncées par eux dans la prémière partie de leur travail.

L Batawia. Une tumeur congénitale du nasopharynx chez un nourrisson. L'auteur décrit un cas de fibrome du nasopharynx chez un petit malade de 6 semaines. Le malade fut opéré au moyen d'un serre-noeud caustique avec plein succès.

W. Gumiński. Contribution à la clinique des mastoïdites. L'auteur cite deux observations personnelles des mastoïdites résiduelles, c. a. d. latentes qui évoluaient furtivement, sans crise mastoïdienne typique antérieure. Leur évolution dépend, selon

l'auteur, sans doute de la structure de l'apophyse, ainsi que du caractère et de la virulence des microbes.

B. Dylewski. Sur la fissure sousmuqueuse du palais. Après avoir décrit les opinions des plusieurs auteurs sur ce fissure l'auteur relate 6 cas personnels de anomalie sousmuquese du palais observés parmi 700 malades à la Clinique Ot.-R.-L. de Wilno ce qui fait 0,8%. L'auteur est d'avis que ce trouble n'est pas si rare que l'on y croit et conseille d'employer les rayons X pour le diagnostiquer.

J. Bielunas. Valeur diagnostique de la réaction Bordet-Gengou dans le selérome. L'auteur, se basant sur ses recherches faites sur 15 malades scléromateux, vient á la conclusion que c'est l'épreuve de Bordet-Gengou avec l'antigène spécifique (bacille du sclérome) et le serum des malades qui décide le diagnostic du sclérome.

Z. Rakowski. Jonisation du zinc comme le traîtement d'otite moyenne suppurée. L'auteur est partisan de cette méthode thérapeutique qui lui a donné des résultats tout à fait bons dans les cas d'otite pur. où d'autres méthodes ont été réstées sans effet.

J. Szmurło. Une lampe très pratique pour diafanoscopie. La lampe dont on se sert dans la clinique O. R. L. à Vilno consiste d'un étui méthalique pour 2 batteries électriques ordinaîres et un tuyau courbe pour une petite lampe électrique de 3,5 V. Pour l'éclairage du sinus frontal il faut surmonter la lampe par un petit abatjour métalique.

T. Wąsowski. Un éclaireur pratique au miroir frontal. L'appareil éclaireur s'attache au miroir frontal au moyen d'une fermeture surmontée d'une vis de cette manière que la lampe se trouve devant le miroir à la distance de 10—16 ctm. (d'après la nécéssité d'un éclairage moins ou plus fort). On ajoutte à l'appareil un étui métalique pour 2 batteries électriques ordinaires.

En général on peut profiter de chaque lampe de 3,5 V. mais la meilleure—c'est la lampe spéciale de la firme de Daimon à Dantzig.

S. Lewande. La meningite au cours d'otite moyenne sup. aiguë. L'auteur à base de données de la littérature et de ses observations personnelles (cite 4 cas de meningite d'origine otique) conteste la nécéssité d'une intervention précoce sur l'apophyse au cours d'une otite aigüe. Selon lui, la trepanation précoce bien souvent ne

défend pas le malade de complications intracrâniennes. Chaque fois il faut individualiser les indications de l'opération précoce. L'immunotherapie joue un rôle important dans le traitement des otites et de ses complications.

B. Dylewski. Contribution à l'étude du sigmatisme lateral. L'auteur décrit sa methode d'examen de la direction et d'intensité de l'air expiré pendant la phonation. La methode consiste en ce qu'on inscrit l'intensité et la direction de l'air expiré en introduisant succesivement dans chaque espace interdentaire un cathéter auriculaire uni par un tube de caoutchouc avec le tambour de Marey. A l'aide de cette méthode l'auteur a constaté dans quelques cas du sigmatisme latéral que l'air expiré pendant la phonation des sons défectueusement prononcés sort entre les dernières molaires et la joue et pas entre les dents laterales comme on le croyait jusqu'a present.

Wiadomości bieżące.

Dowiadujemy się, że na Walnem Posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, które odbędzie się w Grudniu r. b. we Lwowie, będzie omawiana sprawa zmiany statutu Towarzystwa. Zarząd rozesłał projekt zmian do wszystkich sekcyj w celu ich przedyskutowania, poczem projekt będzie na Walnem Zgromadzeniu poddany dyskusji i głosowaniu.

—:—

W drugiej połowie lipca r. b. odbędzie się w Bordeaux zjazd członków Collegium otolaryngologicum Amicitiae Sacrum.

—:—

Od poniedziałku 6 lipca do soboty 18 lipca profesor *Portman* z Bordeaux urządza kurs dokształcający w języku francuskim, a od 27 lipca do 27 sierpnia kurs dokształcający w języku angielskim. Program kursu w języku francuskim obejmuje zarówno dział operacyjny jak i wykłady kliniczne oraz przyjęcia ambulatoryjne chorych wraz z demonstracjami i wskazaniami leczniczemi.